Rok XLII. Kraków 31 Stycznia 1903. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału laryngologicznego i z zakładu anatomii patologicznej w Krakowie.

W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej.

Podał
Dr. Franciszek Nowotny,
asystent oddziału.

Rozpoznanie tętniaka aorty należy obecnie, nawet we wczesnych okresach tego cierpienia, do zadań łatwych; w przeważnej liczbie przypadków nietylko możemy rozpoznać to cierpienie, ale nawet możemy określić, która część aorty uległa zmianom i do pewnego stopnia kształt i wielkość guza. Mały, poczynający się wytwarzać tętniak często nie wywołuje wogóle żadnych zmian podmiotowych, występujące zaś przypady kierują zwykle chorego nie do internisty, lecz do laryngologa. W tym też okresie tego cierpienia osłuchiwanie i opukiwanie nie dostarczają żadnych w przeważnej liczbie przypadków oznak przedmiotowych. Do wczesnych objawów tętniaka zaliczyć należy: stałą choć nieznaczną duszność, porażenie więzadła, ból strzelający, przeszywający klatkę piersiową w okolicy kąta łopatki. Duszność wywołana jest ugnieceniem tchawicy ponad samym jej rozdziałem, względnie oskrzela i to przeważnie lewego. Objaw ten, jak i porażenie więzadła, nie zależy od wielkości guza, lecz głównie od usadowienia jego; i tak nawet mały guz, wychodzący ze strony wklęsłej, albo tylnej ściany aorty, łatwiej wywoła ugniecenie tchawicy albo oskrzela i porażenie więzadła, niż wielki, wychodzący od strony prawej tętnicy wstępującej, albo od lewej, ze ściany przedniej i od strony wypukłej. Najczęściej wypukloną bywa ściana przednia i lewa tchawicy, rzadziej już sama tylko ściana przednia; wypuklenie ściany prawej, albo prawej i przedniej spotykamy przeważnie przy tętniakach tętnicy bezimiennej, wyjątkowo także w przebiegu tętniaków tętnicy głównej; wpuklenie tejże ściany należy wogóle do rzadkości. Każdy z tych objawów przyczynia się znacznie do rozpoznania tętniaka, brak ich jednak nie pozwala tętniaka wykluczyć. Ważnym objawem rozpoznawczym przy różniczkowaniu tętniaka od innych guzów śródpiersia jest przeminięcie lub zupełne ustąpienie porażenia więzadła i zmniejszenie się duszności. Pod wpływem zwiększonego parcia krwi może w stosunkowo krótkim czasie przyjść do rozszerzenia elastycznego do pewnego stopnia worka tętniakowego; zmniejszy się zaś parcie krwi, wytworzą się w worku zbite skrzepy, przyjdzie do zmiany ułożenia worka do jego otoczenia, mogą ustąpić częściowo i objawy, to jest ugniecenie dróg oddechowych i porażenie więzadła. Przemijające porażenie więzadła, uważane przez Grossmana jako ważny czynnik rozpoznawczy, należy sobie tłomaczyć w sposób wyżej podany; co się zaś tyczy przemijających napadów duszności, mających polegać na skurczu głośni i drgających ruchach więzadeł (Gerhardt), to ponieważ brak zupełny opisu dalszych takich przypadków, nie mogą objawy te wchodzić w rachubę w rozpoznawaniu tętniaków. Znaczne ułatwienie w rozpoznawaniu tego cierpienia daje nam badanie promieniami Roentgena; wykrywa ono przedewszystkiem obecność guza, a dokładne śledzenie cienia na ekranie pozwala nam wyróżnić tętniak od innych guzów. Pomimo tych wszystkich danych pozostaje jeszcze pewna liczba przypadków, w których rozpoznanie będzie albo niepewne, albo wprost niemożliwe. Zachęcony przez Czcigodnego mego szefa, Prof. Pieniążka, podaję do wiadomości kolegów dwa przypadki tętniaka aorty, z których jeden wyjaśniła nam dokładnie dopiero nekroskopia; sądzę bowiem, iż ogłaszanie właśnie takich niejasnych z początku przypadków przyczynić się może znacznie do zdobycia w przyszłości pewniejszych wskazówek rozpoznawczych i zmniejszenia liczby przypadków nierozpoznanych, do czego z wszelkich względów dążyć należy.

I. M. G., l. 24, służąca z Tarnowa, przyjęta dnia 19/VII—1901 r. Rodzice żyją; matka, kobieta 50-letnia, ma cierpieć na bóle głowy i wymioty, o ojcu chora nic nie umie podać; z sześciorga rodzeństwa jedno umarło w 5-tym roku życia; inne żyją i są zdrowe. Co się tyczy samej chorej, to w 10-tym roku życia miała przebyć jakąś bliżej nieokreśloną chorobę, przed trzema zaś laty cierpiała na owrzodzenia lewego podudzia; owrzodzenia te pod wpływem $2^1/_2$ miesięcznego leczenia zagoiły się. Wyskoku chora nigdy nie nadużywała, kiły miała nie przebywać. W styczniu 1901 r. truła się pacyentka zapałkami fosforowemi; przeniesiona do szpitala miała być przez trzy dni nieprzytomna; po pięciu tygodniach wyszła zdrowa. Obecne cierpienie, z którem się chora zgłosiła, t. j. duszność, datuje się od trzech tygodni i wzrasta z dnia na dzień. Od tego czasu chora skarżyła się na nieokreślone bóle w głębi po prawej stronie mostka.

Stan obecny. Skóra blada, podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięta, kościec prawidłowy, na skórze lewego podudzia liczne blizny, jużto nieregularne, już to promieniste. Klatka piersiowa: wypuk z przodu i z tyłu po obu stronach jawny, szmery oddechowe pęcherzykowe; po całej stronie prawej z przodu i z tyłu znacznie osłabione. Stłumienie serca niepowiększone, w sąsiedztwie u podstawy serca niema stłumienia, ani tętnienia, tony czyste, tętno 120, regularne. Duszność wdechowa i wydechowa, jednakowego natężenia. Gardło i krtań bez zmian. Badanie tchawicy wykazało: tchawica w górnym odcinku zmian nie okazuje pojedyncze chrząstki dobrze widoczne, dopiero w dole ponad rozdziałem widać guz wielkości orzecha włoskiego, nie tętniący, o powierzchni gładkiej, żywo czerwono zabarwionej. Guz ten usadowiony jest na ścianie prawej tchawicy i nieco na przedniej, w obrębie guza chrząstek tchawiczych nie widać. Guz ten zwęża znacznie światło tchawicy; pomiędzy guzem a lewą ścianą tchawicy widać wązki tylko otwór o formie półksiężyca. Badania promieniami Roentgena z powodu popsucia się przyrządu nie można było niestety dokonać. Rozpoznanie nasze brzmiało najprawdopodobniej: gruczoł oskrzelowy zserowaciały, przebijający do światła tchawicy.

Z powodu znacznej duszności przystąpiono odrazu do tracheotomii (Prof. Pieniążek). Wykonano tracheotomię dolną; zapomocą wpro-

wadzonego przez ranę tracheoskopu stwierdziliśmy ten sam obraz, co i widziany w zwierciadle; guz daje się odsunąć tracheoskopem na zewnątrz. Długim bronchoskopem przechodzi się całe zwężone miejsce i wchodzi się swobodnie do obu oskrzeli; wejście do oskrzela lewego, jak i samo oskrzele dobrze widoczne, zmian nie okazuje. wejście do prawego ukryte pod guzem; błona śluzowa prawego oskrzela zaczerwieniona, obrzękła. Badanie płuc po wprowadzeniu bronchoskopu do prawego oskrzela wykazało szmer oddechowy o zupełnie prawidłowem nasileniu, dowód, że zwężenie nie przechodzi na prawe oskrzele. Założono długą elastyczną kaniulę, sięgającą aż do podziału tchawicy, przechodzącą aż poza miejce zwężone. Objawy zwężenia znacznie się zmniejszyły, jakkolwiek prawdopodobnie z powodu zbliżenia końca rury do miejsca podziału nie mogły być w zupełności usunięte. W pierwszych dniach po tracheotomii byliśmy zmuszeni parę razy zmieniać długą kaniulę z powodu pojawiającej się duszności; rozszerzaliśmy także oskrzele prawe długim elastycznym zgłębnikiem. Zmiana kaniuli wpływała dodatnio na oddech na krótki tylko przeciąg czasu; różnica atoli w natężeniu szmerów oddechowych po obu stronach, jakkolwiek mniejsza, niż przed tracheotomią, przecież była dość znaczna. Nadmienić jeszcze muszę, iż w kilka godzin po tracheotomii wystąpił obrzęk powiek, który utrzymywał się przez trzy dni, a był prawdopodobnie wynikiem dłuższego badania chorej zaraz po tracheotomii w pozycyi ze zwieszoną głową. Tętno utrzymywało się pomiędzy 120 do 132; ciepłota nie podwyższona. Badanie tchawicy dnia 21/VII wykazało: guz wielkości tejsamej, powierzchnia jego atoli nie jest już powleczona żywo-czerwoną błoną śluzową, lecz jest nierówna, barwy ciemno-brunatnej, pokryta strzępami obumarłej błony śluzowej, unoszącymi się przy oddechu. Strzępy te usunięto szczypczykami. nierówną zaś powierzchnię guza lekko zeskrobano łyżeczką (Ringmesser). Guz sprawiał trudności wprowadzenia wziernika i kaniuli.

Dnia 24/VII powtórzono tensam zabieg, — w następstwie czego szpara oddechowa rozszerzyła się o tyle, iż można było tylko stwierdzić tylko nieznaczną różnicę w natężeniu szmerów oddechowych po obu stronach. Założono też dnia 25/VII zamiast długiej kaniuli elastycznej zwykłą krótką metalową Opierając się na pierwotnem naszem rozpoznaniu gruczołu oskrzelowego, przebijającego do tchawicy, sądziliśmy, iż zabiegi takie, jak skrobanie, przyspieszą opróżnienie treści guza. Od 25/VII nosiła chora już stale krótką rurkę; oddech był swobodny, różnica w szmerach oddechowych po obu stronach bardzo nieznaczna, chora czuła się o wiele zdrowszą i zupełnie swobodnie chodziła po ogrodzie szpitalnym. Dopiero dnia 30/VII wieczór nagle oddech się pogorszył. noc z powodu duszności bezsenna, nad ranem znaczne wzmożenie się duszności. Przywołany do chorej o godzinie $5^1/_2$ rano, zastałem ją już niemal bez oddechu: po przeniesieniu prawie już nieprzytomnej chorej do sali operacyjnej, wystąpił zaraz olbrzymi krwotok z tchawicy przez rurkę tracheotomijną, a po kilkunastu sekundach nastąpiła śmierć.

Sekcya dokonana w Zakładzie anatomo-patologicznym Prof. Browicza przez Prof. Ciechanowskiego wykazała: Budowa i odżywienie dobre; skóra nadzwyczaj blada, jak również błony śluzowe i wszystkie narządy. Tkanka podskórna bez zmian. W górnej części płatu dolnego płuca prawego znajduje się guzek serowaty, wielkości fasoli, otoczony torebką włóknistą. Zresztą w płucu prawem, również jak i lewem, zwłaszcza w częściach dolno-tylnych znajdują się wśród bardzo bladego miąższu liczne okołooskrzelowe, ciemno-czerwone, okrągławe, ostro odgraniczone, nad powierzchnię przekroju nieco wystające ogniska, wydzielające za uciskiem szczerą, czystą krew. Oskrzela zarówno grubsze, jak i drobniejsze wypełnione obficie krwią płynną i świeżymi skrzepami. Gruczoły oskrzelowe podobnie jak i gruczoły śródpiersia w części pylicowo zmienione, w części dość znacznie powiększone, szaro-różowe i nieco przeświecające: gdzieniegdzie wśród tego drobne guzki serowate. Pod klinem podziału tchawicy pakiet znacznie powiększonych gruczołów, twardych, przeważnie włóknisto zwyrodniałych, gdzieniegdzie czarno od złogów węgla zabarwionych.

Worek osierdziowy zawiera nieco cieczy surowiczej; osierdzie, nasierdzie gładkie, lśniące: serce nie powiększone, mięsień sercowy barwy brunatno-czerwonej, jędrny, tętnice wieńcowe zmian nie okazują.

Tętnica główna dość wązka, błona jej wewnętrzna gładka. Na przedniej ścianie aorty, $1^1/_2$ ctm. przed odejściem tętnicy bezimiennej, otwór wielkości groszku, prowadzący do tętniaka. W otoczeniu otworu jest ściana aorty na przestrzeni wielkości korony ścieńczałą i talerzykowato wypukloną.

Tętniak przedstawia się w postaci worka podłużnego, wielkości jaja kurzego. Długość jego zewnętrzna w kierunku pionowym wynosi 6 ctm., średnica zewnętrzna w płaszczyźnie poziomej 4 ctm. W bardzo grubej ścianie worka, mierzącej w miejscach najcieńszych około $1^1/_2$ ctm., złożonej z tkanki włóknistej bardzo zbitej. widać już gołem okiem zarysowujące się gdzieniegdzie pojedyncze, niewielkie gruczoły chłonne, dające się rozpoznać po czarnem lub szarawem zabarwieniu, pochodzącem od zawartych w nich złogów węglowych. Granice tych gruczołów gubią się nieznacznie w otaczającej je warstwowo tkance włóknistej. Od wewnątrz pokryta jest ściana tętniaka starym, warstwowym skrzepem krwi. Całość przedstawia się jakby wielki, silnie włóknisto i pylicowo zmieniony pakiet gruczołów, zawierający w samym środku stosunkowo niewielką jamę tętniaka. W jamie tętniaka widać przestrzeń wolną, wielkości orzecha laskowego; po wyjęciu zaś, skrzepów przyściennych dochodzi ona, mierząc w średnicy około 2—3 ctm., do wielkości orzecha włoskiego Tętniak wypełnia przestrzeń pomiędzy przednią ścianą początku łuku aorty, a prawą i przednią ścianą tchawicy i prawego oskrzela.

Jama tętniaka ma połączenie jednym małym otworem z tętnicą główną i dwoma różnej wielkości z tchawicą. Połączenie z tętnicą główną przedstawia się od strony aorty w postaci otworu wielkości groszku; otwór ten jest otoczony talerzykowatem zagłębieniem ściany tętnicy głównej, nieco mniejszem od korony; ściana aorty w obrębie tego zagłębienia jest ścieńczała. Otwór leży na przedniej ścianie aorty w odległości $1^1/_2$ ctm. przed odejściem tętnicy bezimiennej.

Do tchawicy prowadzą z tętniaka dwa otwory, jeden wielkości centa, zajmujący przednią i prawą ścianę tchawicy, zaraz ponad jej rozdziałem; drugi mały, drożny tylko dla cienkiego zgłębnika, leży na przejściu tchawicy w prawe oskrzele. Światło otworu większego wypełnione jest skrzepem krwi, wypuklającym się ku światłu tchawicy i zakrywającym wejście do oskrzela prawego; brzegi otworu nierówne poszarpane, tchawica w okolicy otworu, a mianowicie ściana jej prawa i przednia wypuklona ku wewnątrz.

Rozpoznanie sekcyjne: *Aneurysma arcus aortae cum glandulis lymphaticis mediastini concretum subsequente perforatione ad tracheam et haemorrhagia permagna. Anaemia acuta. Nodus caseosus tuberculosus incapsulatus lobi inferioris pulmonis dextri. Aspiratio sanguinis ad pulmones.*

Do badania mikroskopowego ściany tętniaka wycięto dwa kawałki, jeden obejmujący pół obwodu tętniaka ze ściany leżącej naprzeciw jego połączenia z aortą, a drugi podobnych rozmiarów z samegoż miejsca połączenia. Kawałki te, wycięte prostopadle do ścian, obejmowały całą jej grubość. Kawałki ustaliłem w formalinie $2^0/_0$, stwardniłem w alkoholu i zatopiłem w celoidynie, a skrawki mikrotomowe grubości 15—20 m., barwiłem hematoksyliną i eozyną, sposobem Van Giesona i sposobem Unny — Tänzera na włókna elastyczne.

Badanie skrawków z pierwszego kawałka wykazało: ściana tętniaka zawiera prawie w całej swej grubości gruczoły chłonne, porozdzielane pasmami tkanki łącznej włóknistej; ku wewnątrz gruczoły te w niektórych miejscach oddzielone są od skrzepów wyścielających tętniak, a więc od jego wewnętrznej powierzchni, dość cienką warstwą tkanki łącznej; w innych tkanka chłonna dociera aż do powierzchni wewnętrznej tętniaka i styka się bezpośrednio z jego światłem, wreszcie w niektórych miejscach w tkance chłonnej, stanowiącej bezpośrednio ścianę tętniaka, widać mniejszy, lub większy naciek, złożony z leukocytów. W najzewnętrzniejszych warstwach ściany poza gruczołami widać tylko tkankę włóknistą; włókien elastycznych i mięsnych niema zupełnie. W skrawkach z miejsca połączenia z aortą widać, że warstwy elastyczne ściany aorty zawijają się początkowo ku światłu tętniaka, równolegle do ścian jego szyjki, których jednak nie przekraczają, szybko cieńczejąc i w końcu zu-

pełnie ginąc tak, iż w ścianie samego worka włókien elastycznych zupełnie nie spotykamy.

Trudności rozpoznania w tym przypadku rzucają się odrazu w oczy. Wywiady wykazały: zamach samobójczy, dokonany przez pacyentkę przed pół rokiem zapomocą zapałek fosforowych i duszność, która miała się rozpocząć dopiero przed trzema tygodniami. Badanie przedmiotowe zaś chorej wykryło: bladość skóry, blizny na podudziu lewem, przyczynę duszności, t. j. guz w tchawicy, wreszcie przyspieszenie tętna. W sercu ani wypukowych, ani przysłuchowych zmian nie było. Pierwszy szczegół wywiadów, to jest trucie się fosforem pacyentki, zdawał się nie mieć żadnej wagi dla rozpoznania. Blizny na podudziu, tylko w przypadku, gdybyśmy znali ich tło, mogłyby do pewnego stopnia przyczynić się do rozpoznania; tło ich kiłowe bowiem, wspólnie z sprawdzeniem przyspieszenia tętna, przy zupełnym braku jakichkolwiek zmian w sercu, musiałoby zwrócić uwagę naszą na tętnicę główną. Brakło nam jednego środka rozpoznawczego, to jest badania promieniami Roentgena, które, według dotychczasowych spostrzeżeń, w większej liczbie przypadków bywa wprost rozstrzygającem. Czy atoli w naszym przypadku badanie to rozstrzygałoby, wydaje się rzeczą wątpliwą. Tętniak bowiem, jak to sekcya wykazała, był niewielki, o grubych ścianach, pokrytych jeszcze na wewnętrznej powierzchni warstwą zbitego, starego skrzepu krwi, zmniejszającego znacznie i tak już małą jego pojemność do wielkości co najwyżej orzecha laskowego, wreszcie miał wązkie tylko połączenie z aortą; przypuszczać więc można, że pomimo stwierdzenia obecności guza promieniami Roentgena, wyróżnienie jego, jako tętniaka, na podstawie wszechstronnego tętnienia, zwłaszcza, że i guz tchawicy nie okazywał żadnego tętnienia, napotkałoby na nieprzezwyciężone przeszkody.

Przed tracheotomią nasunęły się nam trzy możliwości, a mianowicie: I. zserowaciały gruczoł przebijający do tchawicy; II. nowotwór śródpiersia i III. tętniak tętnicy głównej.

Przeciw tętniakowi przemawiały: młody wiek, wypuklenie prawej ściany tchawicy, w którym to kierunku tętniak wyjątkowo się rozwija, brak tętnienia samego guza, brak wszelkich objawów przysłuchowych, szybki rozrost guza. Za tętniakiem przemawiało do pewnego stopnia stałe przyspieszenie tętna wobec braku wszelkich zmian ze strony serca. Przeciw nowotworowi, oprócz braku porażenia nerwu błędnego, wprawdzie nic nie przemawiało, ale i nic wprost za nim.

Wobec tego za rzecz najprawdopodobniejszą uważać należało zserowacenie gruczołu oskrzelowego, uciskającego na tchawicę z dążnością przebicia do niej.

Sprawy te, jak wiadomo, występują przeważnie u dzieci. Zakażone prątkiem gruźliczym gruczoły oskrzelowe ulegają powiększeniu, zrastają się razem w jeden pakiet, w środku zaś powstaje często zserowacenie, wreszcie rozpad. Pakiet taki, zrósłszy się z otoczeniem, może albo wprost doprowadzić do przebicia zserowaciałego gruczołu do sąsiadujących jam, albo nawet do wytworzenia się nieprawidłowego dwustronnego połączenia tak, że np. pojedyncze naczynia, (żyły płucne, tętnica płucna, żyła główna gorna itd.) mogą uledz przeżarciu i następowo być źródłem krwotoku do oskrzeli, tchawicy, przełyku, albo może przyjść do wytworzenia się przetoki pomiędzy przełykiem, a tchawicą. Nerw zwrotny ulega w tych przypadkach porażeniu, mniej wskutek ucisku, niż wskutek rozwijających się w nim zmian zapalnych.

Ponieważ znane są liczne przypadki, w których gruczoły po przebiciu do tchawicy, lub któregoś oskrzela wywoływały natychmiastową śmierć z powodu zatkania dróg oddechowych masami serowatemi, przeto wobec naszego rozpoznania całe nasze usiłowanie zmierzało ku przeszkodzeniu temu. Mając bowiem chorą ciągle pod okiem po zrobieniu tracheotomii, chcieliśmy, gdy zagrażać będzie przebicie, przyspieszyć je odpowiedniemi zabiegami To też gdy badanie wziernikiem tchawiczym, wykonane dnia 21/VII, a więc dwa dni po tracheotomii, wykazało, że powierzchnia guza jest brunatnawo-czarno zabarwiona i pokryta martwiczymi strzępami, przystąpiono natychmiast do wyłyżeczkowania, starając się jaknajprędzej pod kontrolą wzroku przyspieszyć wypróżnienie treści guza.

Jak wiadomo, zabieg ten powtórzono jeszcze raz, poczem otwór o tyle się powiększył, że chora mogła z pomocą zwykłej kaniuli zupełnie dobrze oddychać. Wydawało się, że rozpoznanie z początku tylko przypuszczalne, stało się już stanowcze. Dopiero nagła śmierć skutkiem krwotoku wyjaśniła nam istotę cierpienia. Masa brunatno-ciemna, była więc zbitym skrzepem krwi, stanowiącym po oddzieleniu się rozpadłej martwiczo pod wpływem ucisku tubusa błony śluzowej, jedyną granicę pomiędzy jamą tętniaka wypełnioną płynną krwią, a światłem tchawicy. Dziwić się tylko należy, iż tak późno, t. j. dopiero po dziewięciu dniach przyszło do przebicia tej tak słabej granicy; powodem tego było prawdopodobnie nieznaczne ciśnienie krwi w tętniaku, czego przyczyną było znowu wązkie połączenie tętniaka z aortą.

Przy sekcyi, jak to już wspomniano, wykazano mały tętniak, otoczony grubą warstwą gruczołów chłonnych, leżących wśród silnie włóknisto zwyrodniałej, bardzo twardej tkanki łącznej, a w środku wypełniony zbitymi skrzepami krwi.

Zachodzi pytanie, jak powstał obraz makro- i mikroskopowy, wyżej opisany? czy pierwotną sprawą był nieznaczny, prawdziwy tętniak tętnicy głównej, który utorował sobie miejsce wśród gruczołów śródpiersia, a potem powiększył się przez pęknięcie w obrębie zmienionego ich pakietu? czy też pierwotnie powstały zmiany w gruczołach, bądź to zwyrodnienie serowate, bądź też rozmiękniente pylicowe z następowem przebiciem do aorty i wytworzeniem się tętniaka rzekomego.

Za pierwszem przypuszczeniem przemawiałoby to, że w tkance chłonnej, stanowiącej ścianę tętniaka, obok niezbyt znacznej pylicy węglowej zmian innych nie zdołałem wykazać. Według mego zdania prawdopodobniejszem jest jednak drugie przypuszczenie: tłómaczę sobie sprawę w sposób następujący: pierwotną sprawą była gruźlica płuca prawego i gruczołów śródpiersiowych (sekcya wykazała w niektórych gruczołach oskrzelowych rozsiane, drobne guzki serowate). Ognisko gruźlicze w płucach uległo niejako samoistnemu wyleczeniu, a przynajmniej otorbieniu, w jednym z gruczołów oskrzelowych przyszło do zserowacenia, a do zmian włóknistych naokoło innych gruczołów. Z serowatego, sąsiadującego z tętnicą główną gruczołu, przeszła sprawa gruźlicza na zewnętrzne warstwy jej ściany, wywołując tu zwiotczenie, wypuklenie ku gruczołowi, a w końcu i przedziurawienie pod ciśnieniem krwi najmniej opornego miejsca. Krew

podmywała potem powoli tkankę, torując sobie drogę wśród gruczołów, za czem przemawia to, że tkanka chłonna gdzieniegdzie bezpośrednio styka się ze światłem tętniaka. Prawdopodobnie równocześnie tosamo ognisko serowate docierało do ściany tchawicy, zląd też napór krwi, torującej sobie drogę w kierunku najmniejszego oporu, z łatwością wypuklił ścianę tchawicy, doprowadzając jej tkanki zwolna do zaniku, a w końcu do przedziurawienia. Otrucie fosforowe, które, jak wiemy z wywiadów, denatka przed paru miesiącami szczęśliwie przebyła, o tyle mogło się przyczynić do przyspieszenia całej sprawy, iż wywołując znane zmiany w ścianach tętnic, a więc i aorty, ułatwiło ze swej strony w miejscu już i tak osłabionem, wypuklenie i przebicie ściany. Przeciwko temu tłómaczeniu nie przemawia też zachowanie się tkanki elastycznej, której ślad w samej tylko króciutkiej szyjce tętniaka, może być wynikiem poprostu wywinięcia się ściany aorty w chwili przedziurawienia. Przyjmując nawet pierwotny prawdziwy tętniak aorty, znaleźlibyśmy również w przebytem otruciu fosforowem nie mało ważny czynnik etyologiczny.

Zrozumiałym jest także błąd rozpoznawczy; tętniak (rzekomy, czy prawdziwy) niewielki, a do tego jeszcze wypełniony zbitym skrzepem krwi, połączony tylko małym otworem z aortą, otoczony grubą warstwą tkanki włóknistej, nie mógł też wywoływać żadnych objawów typowych, zwykłych przy tętniakach większych o cienkiej ścianie i w takich tylko razach się pojawiających. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Dalsze badania, dotyczące zasadowości krwi.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał
Witold Orłowski.

Badania, o których zamierzyłem donieść tymczasowo, stanowią dalszy ciąg poprzednich moich prac z dziedziny hematologii, ogłoszonych w „Przeglądzie lekarskim“ [1]). Badania te dotyczą związku, jaki zachodzi między stopniem zasadowości krwi i zawartością w niej krwinek białych. Pomijając w obecnej chwili nader skąpe dane, zaczerpnięte z piśmiennictwa, tembardziej, że one nie są dostatecznie uzasadnione, przytoczę na tem miejscu pokrótce wyniki własnych doświadczeń.

Wszystkie doświadczenia dokonałem na psach i ludziach; oprócz tego przeprowadziłem jeden szereg doświadczeń na królikach. Zbadawszy najpierw morfologiczny skład krwi i jej zasadowość, wywoływałem następnie hiperleukocytozę, która w niektórych doświadczeniach wynosiła prawie 75%. Dla otrzymania hiperleukocytozy używałem różnych sposobów w celu ustrzeżenia siebie od przypadkowej jednostajności w wahaniach liczby krwinek białych i stopnia zasadowości krwi. W jednym więc szeregu doświadczeń wywoływałem hiperleukocytozę, wstrzykując psom i ludziom niektóre przetwory chemiczne, mianowicie sperminę i pilokarpinę, w drugim szeregu prowadziłem badania krwi w czasie hiperleukocytozy trawiennej, wywołanej spożyciem obfitego pokarmu, składającego się przeważnie z ciał białkowatych; w trzecim szeregu otrzymywałem hiperleukocytozę, zakażając króliki jadowitemi hodowlami wąglika, laseczników okrężnicy i dwoinek Fränkla; wreszcie badałem stan krwi u ludzi, dotkniętych chorobami zakaźnemi, przebiegającemi z hiperleukocytozą. Na podstawie wszystkich tych badań przyszedłem do wniosku, że nawet znaczne wahania liczby krwinek białych nie wywierają wyraźnego wpływu na stopień zasadowości krwi.

Tym wynikiem nie ogranicza się jednak znaczenie niniejszej mojej pracy. Doświadczenia z zakażeniem królików jadowitemi hodowlami drobnoustrojów, jak również badania krwi ludzkiej w chorobach zakaźnych, pouczają nas, że ustrój uporczywie utrzymuje zasadowość krwi na stałej stopie, jak to wykazałem również w poprzednich pracach. Fakt ten, zdaniem mojem, przemawia za doniosłem znaczeniem zasadowości krwi w ustroju.

Szczegółowy opis doświadczeń na zwierzętach, jako też badań klinicznych, zostanie przytoczony w niedalekiej przyszłości.

[1]) »Przegląd lekarski« 1901, Nr. 18, 29—30 i 1902, Nr. 1—3. Patrz również »Wracz« 1901. Nr. 11, 30, 39—40 i 43 i »Noorden's Centralblatt f. d. Stoffwechsel und Verdauungskrankh.«, 1902, Nr. 2, i 5.

III. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

Podał
Prof. Dr. A. Mars.

(Ciąg dalszy).

Z porównania obu tych dróg ze sobą wynika, że mają odrębne i prawie wręcz sobie przeciwne własności, że się uzupełniają, a nie wzajemnie wykluczają. Wobec danego przypadku prawie mowy być nie może o dowolnym wyborze drogi operacyjnej, ale mając dwie drogi o różnych własnościach, obu w różnych przypadkach z wielką korzyścią używać możemy.

Doświadczenie i zręczność operatora, wyniki operacyjne uzyskane pewną drogą, mogą go wprawdzie skłaniać w różnych przypadkach ku jednej lub drugiej drodze; w każdym jednak razie rozstrzygającą musi być jakość i stan zmian patologicznych, jako też cel, który wśród zabiegu osiągnąć chcemy.

Które i w jakim stanie będące zmiany patologiczne nadają się dla jednej lub drugiej drogi, to temat bardzo rozległy; sądzę jednak, że łatwo daje się ująć w pewne ogólne prawidła, które w szczególnych przypadkach mogą mieć zastosowanie.

Otwarcia powłok brzusznych wymagać będą przedewszystkiem wszelkie guzy większych rozmiarów, które są albo bardzo mało dostępne od strony pochwy, albo też wręcz są niedostępne, a które wśród zabiegu usunąć chcemy; dalej zmiany położone zbyt odlegle od macicy i pochwy; przypadki, w których się domyślamy zrostów z narządami sąsiednimi, szczególniej wyżej położonymi; przypadki, w których spodziewamy się znaczniejszego krwotoku i sądzimy, że będziemy musieli poszczególne naczynia podwiązywać; również przypadki, gdzie możemy przypuszczać, że w szerszym zakresie operować nam przyjdzie; wszystkie przypadki, w których potrzebujemy ścisłej kontroli wzroku; wreszcie

przypadki, w których usunąć chcemy doszczętnie zmiany patologiczne nieco pojemniejsze.

Przez pochwę dają się operować przedewszystkiem wszelkie przypadki, w których zmiany patologiczne leżą w obrębie niezbyt powiększonej macicy, lub też tylko nieznacznie przekraczają jej obręb; przypadki, w których chcemy mieć na macicy tylko miejsce przyczepienia; bardzo małe guzy przydatków macicy na długich szypułach, dobrze ruchome, o których przypuszczamy, że nie są połączone zrostami z narządami sąsiednimi. Przez pochwę dalej możemy wycinać niezbyt pojemną i dobrze ruchomą macicę. Tutaj nadają się wreszcie przypadki, w których chcemy ułatwić odpływ cieczom patologicznym, nagromadzonym w narządzie płciowym lub jego sąsiedztwie, a w których takie odprowadzenie może prowadzić do wyleczenia.

Z uwag tych wynika, że wszystkie tu należące ginekologiczne sprawy patologiczne, które wymagają zabiegów operacyjnych, dadzą się podzielić na trzy kategorye, a mianowicie: 1) na takie, które możemy operować tylko od strony jamy brzusznej (wielkie zbite guzy, rozległe sprawy chorobowe i te, które niezbędnie pod kontrolą wzroku operować chcemy); 2) na takie, które się nadają wręcz do wykonania przez pochwę, zatem zmiany chorobowe, umiejscowione w obrębie niezbyt powiększonej macicy, lub łatwo przystępne zmiany przydatków macicy; wreszcie 3) na takie, które mogą być operowane już to od powłok brzusznych, już też od strony pochwy.

Ze względu na wzajemny stosunek dróg operacyjnych głównie obchodzić nas mogą te ostatnie przypadki i nad nimi wypada nam się też zastanowić.

Torbiele jajnikowe, zwykle operowane od strony powłok brzusznych, nawet bardzo pojemne, udaje się czasem usunąć przez pochwę, jeżeli mamy do czynienia z torbielem jajnikowym jednokomorowym o ścianach cienkich, jeżeli niema zrostów z siecią, z jelitami i innymi narządami położonymi w jamie brzucha. Zrosty takie mogłyby być powodem nieudania się zabiegu i nabawić operatora wiele kłopotu. Jak doświadczenie poucza, wyjątkowo tylko można takie zrosty na pewno wykluczyć; zatem udanie się operacyi przez pochwę w przypadkach torbieli jajnikowych może być tylko rzeczą szczęśliwego zbiegu okoliczności i dlatego też sądzę, że te przypadki tylko w wyjątkowych razach do operowania przez pochwę nadawać się mogą.

Schorzałe jajniki i schorzałe przydatki macicy możemy operować przez pochwę. Ciało macicy możemy wydobyć przez przednie sklepienie pochwowe z otwartej jamy otrzewnowej prawie przed części rodne zewnętrzne i sprowadzić przed oczy przydatki macicy, a tem samem wykonać na nich różne zabiegi. Zabiegów takich wykonano bardzo wiele, a pod względem technicznym na pozór nie przedstawiają trudności. Sposobem tym można wykonać wytrzebienie, operować ograniczone zmiany trąbkowe, jak n. p. bardzo wczesną ciążę trąbkową i t. d. O ile mnie atoli doświadczenie pouczyło, nie radzę tą drogą wydobywać przydatków zmienionych sprawami zapalnemi. W jednym przypadku, operując w ten sposób, napotkałem trąbkę i przydatki tak kruche, zrostami tak umocowane w miednicy, że tylko z największą trudnością udało mi się je usunąć. Wśród zabiegu myślałem wciąż o tem, aby operacyę dokończyć drogą przez powłoki brzuszne; prócz tego po sprowadzeniu przydatków macicy do tego stopnia, żem mógł na nich zabiegu dokonać, byłem w obawie, że przyjdzie do krwotoku wewnętrznego z części, naderwanych ściąganiem. Po operacyi chora miała się dobrze, bez powikłań wyzdrowiała, ale ja nieradbym się imać po raz wtóry takiego przypadku.

Krwistek pozamaciczny należy do zmian, operowanych bądź to od strony powłok brzusznych, bądź też od pochwy, a operatorowie w tym względzie dzielą się na dwa obozy. Jeżeli się jednak nad sprawą sporną zastanowimy, to w tem cierpieniu wcale nie idzie o wybór drogi operacyjnej, ale zupełnie o co innego, gdyż idzie o dwie odrębne operacye, mające zupełnie różne znaczenie. Jeżeli operujemy krwistek pozamaciczny przez powłoki brzuszne, wyłuszczamy cały guz krwawy wraz z jego otorbieniem, usuwamy reszty jaja płodowego i schorzałe przydatki macicy. Wykonujemy zabieg, który usuwa zmiany patologiczne doszczętnie, a chora, jeżeli się po zabiegu ma dobrze, zostaje w kilkanaście dni zupełnie wyleczoną. Jeżeli operujemy przez pochwę, otwieramy torbę krwisteku, wypróżniamy go mniej lub więcej dokładnie, usuwamy jajo płodowe lub jego części, jeżeli się w krwisteku znachodzą, pozostawiamy otorbienie wraz z schorzałymi przydatkami. Niektórzy autorowie radzą schorzałe przydatki ściągnąć do otworu, podwiązać i usunąć. Usunięcie takie nie zawsze się udaje, może być czasem niebezpieczne i prowadzić do śmiertelnego krwotoku. Ginekologowie, operujący krwistek pozamaciczny nawet najdoszczętniej od strony pochwy, pozostawiają znaczną część zmian patologicznych, które dopiero po pewnym czasie ulegają wessaniu. Za pomocą takiego zabiegu, wykonanego przez pochwę, zyskujemy bardzo wiele, bo skracamy trwanie leczenia z przewidywanych miesięcy na tygodnie, ale nie usuwamy cierpienia doszczętnie. Jeżeli istnieje między operatorami rozdwojenie co do tej sprawy, to idzie tylko o to, czy ten lub inny zabieg będzie dla chorej korzystniejszy, a nie o to, czy ta lub inna droga operacyjna lepsza. W przypadkach krwisteku pozamacicznego czasami jesteśmy zmuszeni do wykonania zabiegu operacyjnego; w przypadkach takich wybór zabiegu i obranie drogi zależy od celu, jaki osiągnąć chcemy, oraz od warunków, w jakich operujemy. Jeżeli mamy świeży przypadek krwisteku, jeżeli guz wciąż wzrasta i wzrasta niedokrewność, grozi krwotok wewnętrzny, to sądzę, że żaden operator nie będzie w takim razie operował od pochwy, a tylko od powłok brzusznych, każdy otworzy jamę otrzewnową, dojdzie do miejsca krwawiącego, podwiąże, usunie przydatki, guz krwawy i otorbienie. Jeżeli zaś mamy krwistek dawno istniejący, chora poczyna gorączkować, guz staje się bolesny, przypuszczamy, że krwistek przechodzi w ropienie, nikt sądzę nie będzie go operował od powłok brzusznych, ale wszyscy będą się starać wypuścić treść krwisteku od strony pochwy. Tutaj niema dowolnego wyboru drogi operacyjnej, tylko operujemy tą drogą, którą nam stan zmian patologicznych wskazuje. W przypadkach, w których możemy wybierać, wybieramy nie drogę operacyjną, ale raczej sposób mniej lub więcej doszczętnego operowania.

Do zmian patologicznych, które obu temi drogami operujemy, należą w dalszym ciągu włókniako-mięśniaki macicy. Wielkie guzy operujemy od strony powłok brzusznych, wyłuszczamy je ze ściany macicy, albo wycinamy je wraz z częścią nadpochwową lub wreszcie wycinamy macicę całkowicie wraz z guzami. Guzy mniej pojemne operujemy od strony

pochwy; jeżeli są pojedynczo w ścianach macicy podśluzowo lub śródściennie położone, to je wyluszczamy, a w razie gdy ich jest więcej, wycinamy wraz z niemi macicę całkowicie. Wyłuszczenie włókniaka lub wycięcie macicy obarczonej włókniakami, bez względu na to, czy wykonane drogą od strony pochwy lub od strony powłok brzusznych, przedstawia zawsze jeden i ten sam zabieg równie rozległe wykonany. W przypadkach tych nie idzie o wybór zabiegu operacyjnego, lecz o wybór drogi, którą operować mamy.

Włókniako-mięśniaki należą do guzów bardzo wolno wzrastających, które w zwykłych warunkach żadnych spraw zapalnych nie wywołują, dlatego też w tych przypadkach zwykle zrostów nienapotykamy. Tylko włókniaki podotrzewnowe, długo uszypułowane, łatwo ruchome, skłonne do skrętów szypuły, albo powikłane ze sprawami zapalnemi, przedstawiają stosunki niepomyślne, t. j. zrosty, co zwykle rozpoznać możemy. W zwykłych niepowikłanych przypadkach szeroko osadzonych włókniaków macicy, guzy wzrastają powoli i podnoszą się wraz z macicą ku górze i w miarę wzrostu rozciągają i wydłużają przydatki macicy. Jeżeli guz taki przez pochwę wydobyć się da, z przydatkami macicy nie mamy kłopotu.

Rozmiary macicy, umiejscowienie włókniaków i ich postać rozstrzygają o wyborze drogi operacyjnej; — dlatego, jak powyżej powiedziano, jeżeli włókniak bardzo duży, szczytem sięga ponad pępek, albo jeżeli rośnie na bok i domyślamy się, że zmienia bardzo stosunki topograficzne, jest mało ruchomy, albo sie obawiamy zrostów, operujemy go od strony powłok brzusznych. Jeżeli jest mały, dobrze ruchomy, nie wywołuje znaczniejszego zniekształtnienia macicy, jeżeli postać mniej więcej zbliżona do kuli i zrostów się nie spodziewamy, operujemy go od strony pochwy.

Zręczność operatora odgrywa tutaj znaczną rolę; wiemy n. p., że francuzi w operowaniu włókniaków od strony pochwy doszli do doskonałości i usuwają przez pochwę guzy, sięgające szczytem po nad pępek, a posługują się wśród zabiegów kawałkowaniem guza lub macicy.

Ponieważ, jak to powyżej powiedziano, wszyscy na to się godzą i doświadczenie to stwierdza, że operowanie przez pochwę jest mniej niebezpieczne, że co do śmiertelności, tą drogą otrzymujemy wyniki lepsze, musimy do tego dążyć, aby mięśniako-włókniaki macicy o ile możności operować przez pochwę. Tylko techniczne trudności mogą nas od drogi pochwowej powstrzymywać, dlatego też nauka musi do tego dążyć, aby te techniczne trudności usuwać, abyśmy mogli tą drogą operować coraz to większe włókniaki i coraz więcej przypadków.

Z ostatnich czasów mamy do zanotowania znaczny postęp w tym kierunku w metodzie Doederleina. Za pomocą tej metody, operując od tylnego sklepienia pochwowego i wyłaniając przez nie macicę, możemy wycinać włókniaki maciczne nawet znaczniejszych rozmiarów. Za pomocą tej metody dają się wydobywać macice, które się przez przewód miednicy przeprowadzić dadzą. Jeżeli podczas badania przekonam się, że macica daje się wraz z guzem z jamy brzucha wtłoczyć przez wchód miednicy do jej jamy, jestem gotów wyłuszczyć ją przez pochwę.

Połączenie metody kawałkowania guzów ze sposobem operowania według Doederleina dozwala nam te granice jeszcze więcej rozszerzyć. Sposobu połączenia tych metod próbowałem z bardzo dobrym wynikiem. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. I. M Judt: **Żydzi jako rasa fizyczna. Analiza z dziedziny antropologii.** (Z zapomogi kasy imienia Dra S. Mianowskiego. Warszawa. Skład główny w księgarni E. Wende i S-ka. 1902. Str. VII—189)

Zarząd Kasy im. Mianowskiego wydał sobie bardzo chlubne świadectwo przez wydanie dzieła Judta. Polskiemu zaś piśmiennictwu lekarskiemu wyświadczyła się tym przekładem wielka przysługa, która przewyższa stanowczo tę, wątpliwej wartości, jaką się osiąga przez przyswajanie naszej literaturze przekładów dzieł przystępnych w oryginale dla każdego inteligentnego lekarza. Mamy tu na myśli przekład Celsusa, Cohnheima, Haesera i inne, które, jeżeliby były nawet najznakomitszymi, nie mogą być uważane za wzbogacenie polskiego piśmiennictwa.

Rozpatrując się w dziele Judta, przychodzimy do przekonania, że mamy tu do czynienia ze zjawiskiem niezwykłem, które niejednego badacza pobudzi do ponownego zbadania rzeczy, uważanych do dnia dzisiejszego za niezmienne, niemal za pewniki. Badania Judta, przeprowadzone z ogromną wytrwałością, wielkim nakładem kosztów i czasu, kazały mu wystąpić z odważnem twierdzeniem, z którego wynika, że żydzi nie należą pod względem antropologicznym do rasy semickiej, lecz że trzeba ich z dotychczas zajmowanego stanowiska wyprzeć i z gromady śródziemnomorskiej *(homo mediterraneus)* przenieść do bliższej mu gromady himalajskiej *(homo alpinus)*. Typ ten wyróżnia się, jak wiadomo, czaszką krótko- i pośredniogłową, twarzą szeroką, włosami płowymi, oczami siwemi i wzrostem średnim; przebywa na ogromnej przestrzeni między Alpami z Zachodu a Himalajami ze Wschodu. Myliłby się jednak, ktoby chciał w tem upatrywać tożsamość cech fizycznych żydów a innych gromad etnicznych, należących do tego pnia. Tu idzie tylko o zasadnicze pokrewieństwo pomimo niektórych cech rozbieżnych, lecz mniej ważnych. Tej rozbieżności nie należy uważać za wytwór czasów późniejszych, t. j. czasów rozprószenia, lecz powstała ona, — co się może na pozór dziwnem wydawać, w epoce przedhistorycznej i starożytnej. Żydzi bowiem ulegali, — jak to Judt twierdzi, znacznemu krzyżowaniu w Palestynie, podczas gdy na ogromnym terenie późniejszego rozprószenia zachowali względną czystość rasową. To na pozór dziwne twierdzenie tłomaczy Judt w ten sposób: Palestyna i Syrya, to areny długoletniego etnicznego zetknięcia się, gdyż przez nie bieży droga ludów z Europy do Azyi i odwrotnie. Taki ruch ludów musiał wycisnąć wybitne piętno na mieszkańcach późniejszego państwa żydowskiego, którzy w czasach dzisiejszego rozproszenia pomimo rozmaitości terenu geograficznego przedstawiają typ stosunkowo bardzo jednolity. Jednolitości tej nie mogli oni nabyć w Europie, której ludność rdzenna przedstawia pod względem rasowym tak rozmaite cechy. Obok jednolitości rasowej wytworzyła Palestyna w żydach i jednolitość duchową, na którą nie bez wpływu pozostają pewne pierwiastki cielesne, jak kształt nosa, oprawa oka, kształt podbródka, kości policzkowych itd. Te pierwiastki cielesne wytworzyły się w epoce starożytnej; Judt przypisuje znaczenie w tym kierunku jednobóstwu (monoteizmowi), odmiennemu ustrojowi społecznemu i państwowemu, warunkom etnicznym, a do pewnego tylko stopnia „ghettu“ i oświacie europejskiej.

Ciągła trwoga o byt w czasach średniowiecznych, stosunki nowożytne i niedola ekonomiczna zrobiły z dawnego żyda człowieka o wązkiej klatce piersiowej, o zwiotczałych mięśniach i bladej cerze. To też stosunki wytworzyły z niego

typ człowieka, w którego wzroku i fizyognomii przebija się smętność i posępność duchowa.

Te zapatrywania Judta tłomaczą bardzo podobieństwo żyda dzisiejszego do żyda doby starożytnej, jako też nie mniej podobieństwo fizyognomiczne żydów dzisiejszych do wielu ludów aryjskich Azyi zachodniej. Te bowiem ludy stanowiły najprawdopodobniej owe gromady, które się złożyły na ukształtowanie się żydów jako rasy w najdawniejszej starożytności, 4000 lat temu.

Te są najważniejsze spostrzeżenia, które w pięknej książce Judt zebrał, a które, chcąc należycie ocenić i przedyskutować, należałoby za nim krok w krok postępować, na co jednak nie pozwalają szczupłe ramy sprawozdania. Wydanie dzieła i ilustracye należy uważać pod każdym względem za wzorowe. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

Betmann. **Liszaj krtani, oraz uwagi nad liszajem występującym w związku z miesiączką.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36, 1902). Autor opisuje przypadek pojawienia się liszaja u pacyentki, leczonej przed dwoma miesiącami z powodu wtórorzędnego przymiotu. Pęcherzyki liszaja wystąpiły w krtani, z jednej strony na skrzydle nosowem i po tejsamej stronie pod szczęką. Towarzyszące objawy były ciężkie, wystąpiła duszność, utrudnione przełykanie i zmiana głosu. Po ukończeniu miesiączkowania przypadłości ustąpiły same. Przy następnych miesiączkach pojawił się znowu liszaj, ale nie zajmował już krtani, tylko usta, twarz i części rodne. *P.*

F. Mendel (Essen). **O ostrym obrzęku ograniczonym.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 48). Quincke w roku 1882 opisał dokładnie chorobę, którą wprawdzie już dawniej inni autorowie spostrzegali i oznaczył ją, jako ostry obrzęk ograniczony *(oedema acutum circumscriptum)*. Obrzęki ograniczone skóry i tkanki podskórnej bez żadnego, lub tylko z lekkiem zaczerwienieniem występują najczęściej na kończynach, szczególnie w otoczeniu stawów, lecz także na tułowiu i twarzy, a nieraz i na błonach śluzowych. Obrzęki zjawiają się i znikają w przeciągu kilku godzin, najwyżej kilku dni, lecz często się powtarzają. Przytem objawy ogólne są tylko lekkie, lub wcale nie występują. Dopiero w ostatnim czasie ogłoszone zostały trzy przypadki choroby Quinckego, gdzie z powodu zajęcia ostrym obrzękiem ograniczonym krtani i tchawicy nastąpiło zejście śmiertelne, podczas gdy dotychczas wszyscy z powodu rychłego znikania opuchlin uważali chorobę bez wyjątku za dobrotliwą.

Autor spostrzegał dość rzadką chorobę Quinckego u trzech członków pewnej rodziny, która już w czwartem pokoleniu jest nią nawiedzona i to z bardzo złośliwym przebiegiem. Dziewczyna wiejska, 18-letnia, zresztą zupełnie zdrowa, zapada od najwcześniejszej młodości w okresach nieregularnych na znaczne obrzęki różnych części ciała, oraz błony śluzowej jamy ustnej i powiek, które szybko występują i znikają, nie zostawiwszy śladu żadnego, lecz niekiedy utrzymują się także przez 5—8 dni. Obrzęki występują albo bez wszelkiej przyczyny, albo po lekkim urazie, podczas kiedy w innych okresach uszkodzenia podobne nie mają żadnych następstw. Sposób odżywiania, natężenie i wzruszenie, miesiączkowanie, pory roku, zimno i ciepło nie mają żadnego wpływu. Podczas napadów dziewczyna była zresztą najzupełniej zdrowa, bez jakichkolwiek objawów nerwowych, w moczu nie było białka ani cukru, na reszcie skóry nie stwierdzono dermografii, ani śladu pokrzywki, lub innych wysypek rumieniowych. M. stosował aspirynę, gorącą herbatę lipową i starał się podawaniem wody gorzkiej i ciepłem przykrywaniem w łóżku pobudzić działanie potne i odciągające drogą jelit; pod wpływem tego leczenia znaczne obrzęki o wiele rychlej znikały, niż przedtem. Prócz tego podawał on chorej przez dłuższy czas 3·0 aspiryny dziennie i przez cały ten czas, a nawet cztery tygodnie po cofnięciu środka, napady nie wracały, mimo że w ostatnich latach przerwy nigdy nie były tak długie.

Pradziadek dziewczyny, jego syn i córka (babka chorej), oraz jedna córka i syn babki (ojciec chorej) cierpieli przez całe życie na tę chorobę i zmarli wśród objawów uduszenia; dwaj bracia chorej są wolni od tej choroby. Brat babki pozostawił 4 dzieci, z tych jedna córka była zdrowa, jeden syn uległ tej chorobie, a dwaj inni, w 51 i 48 roku życia, obecnie prawie co tygodnia cierpią na ostre obrzęki w ciągłej trwodze przed śmiercią z uduszenia, która groziła im już kilkakrotnie, jeśli szyja, twarz i jama ustna były zajęte obrzękiem; wtedy, jak twierdzą, przystawienie znacznej liczby pijawek (do 15) wyratowało ich od śmierci. Starszy z braci, zresztą zdrów, podaje, że opuchliny w młodości rzadziej się zdarzały, a raz po silnym i długotrwałym nieżycie żołądka i kiszek nawet przez lat 16 był wolnym od napadów. Napady poprzedza u nich znużenie, niespokój, bezsenność i jeśli w tym okresie nastąpi uraz (uderzenie, zimno lub gorąco, wilgoć), na jaką część ciała, wtedy napewno obrzęk powstanie w tem miejscu, podczas gdy w innych okresach takie uszkodzenia przechodzą bez jakichkolwiek skutków. W ostatnich latach także przewód pokarmowy podlega napadom, objawiającym się wymiotami czysto-jasnego płynu, wzdęciem i bólami brzucha tak, że chory musi pozostać w łóżku. Jeśli po zażyciu środka wypróżniającego lub samoistnie wystąpi rozwolnienie lub obfite wymioty, objawy te ustępują powoli i napad ustaje. Z 12-tu osób rodziny cierpiało więc na tę chorobę 9, sześcioro jej uległo, a los żyjących jeszcze trzech członków również może nie będzie lepszym, tembardziej, że w wieku późniejszym napady są częstsze i o wiele silniejsze i np. objawy żołądkowo-jelitowe występują zwykle dopiero po 30-tym roku życia.

Choroba Quinckego jest chorobą swoistą, dziedziczną, od której należy odróżnić obrzęki ograniczone, występujące w przebiegu różnych chorób nerwowych (macinnica, syryngomyelia, migrena i inne) i osutki toksyczne, występujące po stosowaniu różnych środków leczniczych. Z pokrzywką ma ta choroba tyle wspólnego, że naciek występuje nagle, lecz swędzenia towarzyszącego zawsze pokrzywce w ostrym obrzęku ograniczonym wcale niema, lub w bardzo nieznacznym stopniu, a wykwity pokrzywki, które rzadko dochodzą do takich rozmiarów, jak w ostrym obrzęku, są zwykle czerwone. Prawie wszyscy autorowie uważali tę chorobę za nerwicę naczyniową. M. natomiast uważa ją za samozatrucie prawidłowymi przetworami gnicia w jelitach, które u tych osobników, dziedzicznie usposobionych, działają jako środki limfopędne, podobnie jak wyciągi, które Heidenhain otrzymał z raków i ostryg, działają jako środki limfopędne i wywołują dlatego u osobników usposobionych surowicze nacieki błon śluzowych i skóry. Z tego powodu dłuższy nieżyt żołądka i jelit z obfitemi wypróżnieniami wywołuje dłuższą przerwę w napadach i różni autorowie zgodnie zeznają, że przez przyspieszone wypróżnienia i desinfekcyę jelit nietylko skrócić można pojedyncze napady, lecz także zapobiedz im na czas dłuższy. Także działanie skuteczne aspiryny tłómaczy autor jej działalnością przeciwgnilną na treść jelitową. Te zatrucia przetworami gnilnymi powtarzają się w okresach regularnych lub nieregularnych i wtedy właśnie już lekkie urazy wystarczają, by w częściach obwodowych wywołać surowicze nacieczenie tkanek. M. oddziela zatem ostry obrzęk ograniczony od nerwic naczynioruchowo-odżywczych i uważa go za samozatrucie, które to pojmowanie sprawy nasuwa też leczenie skuteczne tej choroby uciążliwej, a często i niebezpiecznej. *Dr. Fels.*

Landerer. **Operacyjne leczenie gruźlicy płuc.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 47, 1902). L. operował dziewięć przypadków, z tych trzy były dawniej operowane i to doryweczo, bez wytkniętego z góry celu; po rozpoznaniu jamy w płucu dostawał się do niej i sączkował; przetoki jednak nie goiły się łatwo, a chory był narażony na tę ustawiczną przykrość, że wydzielina odpływała przetoką. Rany te nadto goją się bardzo źle; aby temu zapobiedz, dąży L. do jak najszerszego rozwarcia tych ran i wypełnienia ich torakoplastyką. Zdaniem autora powinno się operować te przypadki, gdzie gruźlica jest przewlekłą i wolno postępującą; ostre przypadki nie nadają się do operacyi z powodu następstw, wywołanych utratą krwi. Najgorsze rokowanie daje gruźlica dolnych płatów, może z powodu częstych powikłań gruźlicy z zapaleniem otrzewnej. Powinno się operować możliwie szybko; przy uważnem operowaniu można uniknąć krwotoków; należy operować szeroko, wycinając o jedno żebro więcej, niż sięga granica jamy w płucach; nie źle jest też ranę zeszywać. Zależnie od położenia jamy robi się torakoplastykę. Unikać należy okolicy serca i wielkich naczyń, by nie powstawały blizny tętniące, bardzo bolesne. Za bardzo dzielny, bo sprowadzający szybsze zabliźnienie i poprawę, uważa autor hetol. *B. Żmigród.*

Gebauer. **Przyczynek do kazuistyki leczenia niedrożności jelit atropiną.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 47, 1902). Przypadek autora, zakończony zgonem, tyczył się kobiety, u której wystąpiły objawy niedrożności jelit: brak stolca i wiatrów, wymioty kałowe, tętno małe, wyżej 100 uderzeń na minutę i t. d. Chora żadną miarą nie chciała się zgodzić na operacyę, wobec czego G. wstrzyknął w pierwszych 24 godzinach 0,004 atropiny, co sprowadziło poprawę podmiotową. Lekkie objawy zatrucia atropiną ustąpiły po wstrzyknięciu morfiny. Wysokie lewatywy były bezskuteczne, jednak po tem wstrzyknięciu atropiny względnie mała ilość olejku rącznikowego sprowadziła wypróżnienie, przyczem stolec był

miękki, bez śluzu i krwi. Brak kamieni kałowych w oddanym stolcu świadczyłby przeciw nim, jako przyczynie zamknięcia światła jelita; brak krwi i śluzu przeciw wpochwieniu jelita. Przeciwko poraźnej zaś niedrożności jelit przemawiałby brak przyczyn, wchodzących w grę, jak zapalenie otrzewnej, zapalenie wyrostka robaczkowego, uraz itp. Pozostawało więc skręcenie jelit około osi, lub zawęźlenie jelit, coby wskutek leczenia dało się usunąć. Mimo wielkiej nawet ilości atropiny w czwartym dniu, bo aż 0,0075 w 24 godzinach, nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcyi G. nie robił, gdyż rodzina nie pozwoliła. Świadczyłoby to więc, że atropina jest bezskuteczną w niedrożnościach jelita, wywołanych mechanicznie; a więc w przypadkach, gdzie czynnik mechaniczny z pewnością, lub z wszelkiem prawdopodobieństwem nie może być wykluczonym, nie powinna operacya żadną miarą ustąpić pola próbom wstrzykiwania atropiny. *B. Żmigród.*

Schüller. **Trzy przypadki porażenia ramienia w połogu. Uwagi o stosunku tego porażenia do wrodzonej szyi skośnej.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37, 1902). W przypadku pierwszym spostrzegał autor w $2^1/_2$ lat po porodzie miednicowym szyję skośną po stronie prawej i typowe porażenie Duchenne-Erba nerwów ramienia prawego. W drugim przypadku po porodzie kleszczowym i wydobyciu hakiem ramienia — porażenie kończyny górnej prawej. W trzecim — również po porodzie kleszczowym, szyję skośną po stronie lewej i porażenie ręki lewej. We wszystkich trzech przypadkach brak oddziaływania na prąd elektryczny występował bardzo wcześnie, co zdaniem autora pochodziło ztąd, iż mięsień młody ulega znacznie szybciej zwyrodnieniu. Związek między wrodzoną szyją skośną a porażeniem ramienia tłómaczy autor ciężkim zabiegiem podczas rozwiązania. Zbyt gwałtowne rozwiązanie sprowadzało równocześnie rozerwanie ścięgien mięśnia zginacza głowy i zmiażdżenie splotu nerwowego ręki. *P.*

G. Alexander i B. Reko. **W sprawie wyzyskania odczynu rodanowego śliny w chorobach usznych.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 42, 1902). Autorowie badali zawartość rodanu w ślinie w przebiegu chorób usznych u 85 chorych i znaleźli: 1) brak rodanu w ślinie w większej części przypadków przewlekłego ropienia usznego, zupełny zaś brak zaraz po operacyi doszczętnej; 2) brak rodanu w większej części przypadków ostrego zapalenia ropnego uszów; 3) obniża zawartość rodanu ostre zapalenia nieżytowe ucha; 4) cierpienia ucha zewnętrznego i ślinianki przyusznej nie mają żadnego wpływu na wydzielanie się rodanu w ślinie. Ponieważ struna bębenkowa zaopatruje śliniankę pod żuchwową i podjęzykową, nerw zaś bębenkowy śliniankę przyuszną, to brak rodanu w wymienionych chorobach tłómaczy się zapalnem podrażnieniem n. bębenkowych. Wnioski: 1) w chorobach usznych brak rodanu w ślinie ma znaczenie rozpoznawcze, przemawiające za zajęciem ucha środkowego. 2) Ponowne pojawianie się rodanu w ślinie kilka tygodni po operacyi doszczętnej cechuje niepowikłany przebieg pooperacyjny. 3) Obustronne zniszczenie splotu bębenkowego może spowodować trwały brak rodanu. 4) Ogólnego znaczenia dla rokowania odczynowi rodanu w chorobach usznych przypisać nie można. *Spira.*

Pinkus. **Stosunek przyżegania gorącą parą, lub gorącem powietrzem do skrobanki i ich czynniki lecznicze.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 4, 1902). Skrobaczka nie jest narzędziem, usuwającem na pewno krwotoki maciczne. Gdy więc kilkakrotna skrobanka nie pomagała, uciekano się w przypadkach uporczywych do wyjęcia macicy. Od czasu, gdy autor wprowadził do leczenia tych krwotoków swój przyrząd (waporyzator), — granice tej doszczętnej operacyi zostały znacznie ograniczone. Przyżeganie gorącą parą, lub gorącem powietrzem (*atmo-* albo *zestokausis*), wykonana biegle, jest zabiegiem bezwątpienia łagodniejszym i prostszym, aniżeli skrobanka, — a przy wyrobionej technice w obchodzeniu się z przyrządem i przy odpowiednim doborze przypadków, złe wyniki wprost są wykluczone. Prócz tego przy skrobance powstają świeże rany, stanowiące otwarte bramy dla drobnoustrojów, których możliwość jest wykluczona przy leczeniu gorącą parą. Dodatnią stroną wreszcie tej metody jest i to, że leczenie następowe staje się zbyteczne, po skrobance zaś konieczne. Autor nie jest przeciwnikiem skrobanki, ale uważa obie te metody, jako uzupełniające się, to znaczy, że często należy obie łączyć. Powinno być właśnie zasadą, że przed każdem przyżeganiem gorącą parą, lub gorącem powietrzem należy zbadać jamę macicy palcem i wykonać skrobankę próbną. Pożądaną jednak jest przerwa 10—12 dniowa, chyba że mimo skrobanki krwotok jeszcze się powiększył; — wtedy można natychmiast przystąpić do przyżegania gorącą parą. Zależnie od krótszego lub dłuższego czasu działania gorącej pary (115° C.) możemy wywołać zmiany powierzchowne, zajmujące tylko błonę śluzową macicy, lub głębsze. Niektórzy ginekologowie skrobią macicę kilka razy (do 25) przed wykonaniem przyżegania gorącą parą. Tego należy stanowczo unikać; blizny, a nawet ściąganie się całego przewodu szyjki macicy są właśnie następstwem takiego nieoględnego i nielogicznego postępowania. Korzystniej jest jednak w przypadkach, gdzie zabieg ten, raz zrobiony, nie pomógł, nie wykonywać go raz drugi, nim się nie zbadało palcem całej jamy macicy. Najczęściej znajdują się wówczas twory polipowate i to głównie w miejscu odejścia trąbek. Miejsca takie należy najprzód wyskrobać, a potem dopiero wykonać przyżeganie gorącą parą, i to o ile możności przed mającą nastąpić miesiączką. W końcu zastanawia się P. nad czynnikami leczniczymi przy śródmacicznem zastosowaniu gorącej pary. Mogą one być bezpośrednie i pośrednie. Do bezpośrednich należy: 1) działanie drażniące na warstwę mięśniową macicy. Znajduje ono zastosowanie tam, gdzie idzie o tamowanie krwotoku i równoczesne zwinięcie się macicy, np. w krwotokach po poronieniach. Tamowanie krwotoku występuje tu wskutek skurczu mięśnia macicy. Działanie pary powinno być krótkotrwałe, a ciepłota miernie wysoka; 2) działanie żrące, wywarte na błonę śluzową, a w wyższym stopniu i na warstwę mięśniową, znajduje zastosowanie głównie przy krwotokach macicznych w okresie przejściowym życia. Działanie pary powinno być dłużej trwające, ciepłota jej bardzo wysoka, gdyż tu idzie wprost o zniszczenie błony śluzowej; 3) działanie wsysające. Że ono istnieje, za tem przemawia tworzący się wał ziarniny i nowo wytworzone naczynia włosowate. Działanie pośrednie objawia się: 1) w długotrwałych skurczach macicy; 2) w odchodach, które należy uważać jako ważny moment leczniczy całego zabiegu; 3) w wale ziarniny, będącym niejako ochroną ustroju przed możliwem zakażeniem; 4) w przekrwieniu macicy i 5) w soczystości samej macicy i jej otoczenia, które to sprawy niemało przyczyniają się do szybkiego odrodzenia. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Mac Crae. **Niedokrewność złośliwa, wyniki statystyczne w 40-tu przypadkach.** (*Journal of Amer., Med. Ass. Int. Med. Mag.* IV, 1902). Autor zebrał 40 przypadków niedokrewności złośliwej na 12.500 chorych, badanych w szpitalu Johns Hopkinsa. Najmłodszy chory miał lat 10, najstarszy 66. Cztery piąte chorych było w wieku ponad 30 lat. Pod względem etyologicznym nie udało się znaleźć nic uwagi godnego. W przypadkach wcześniejszych stan jamy ustnej nie był starannie badany; w ostatnich jednak 10-ciu przypadkach znaleziono zaledwie u czterech chorych próchnienie zębów, lub inne sprawy gnilne w jamie ustnej. U 23 chorych stwierdzono, że pierwszym objawem choroby było osłabienie. U 11-tu najsilniej występowały objawy żołądkowo-jelitowe; u czterech zaburzenia nerwowe; dwóch wreszcie zwróciło się o poradę lekarską z powodu zabarwienia skóry. Znaczne wycieńczenie spostrzegano w 10-ciu przypadkach. U 29-ciu chorych skóra miała barwę cytrynowo-żółtą; u 7-miu była znaczna bladość bez innych odcieni; czterech miało wybroczyny podskórne. Szmer skurczowy u koniuszka serca był słyszalny u 15-tu chorych, w całej zaś okolicy sercowej u 13-tu; u jednego szmer skurczowy był tylko w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej; głośny szmer skurczowy w naczyniach szyjnych dawał się słyszeć u 12-tu chorych; zupełny brak szmerów zauważono u 5-ciu chorych. Krwawienia z błon śluzowych wystąpiły u 8-miu chorych w czasie pobytu w szpitalu, u 7-miu zaś obrzęki. Ciepłota u 10-ciu chorych była prawidłowa, u 27-miu mniej lub więcej podniesiona. Białko w moczu wykryto w 23 przypadkach i to w dość znacznej ilości; u reszty 17-tu było w bardzo niewielkiej ilości. Objawom nerwowym uległo 10-ciu chorych. Stan krwi przeciętnie był następujący: hemoglobiny 30%, czerwonych ciałek krwi 1,560.000 w 1 mm.^{3}, białych ciałek 6929. Obliczenie różniczkowe w 30-tu przypadkach wykazało średnio: 61% leukocytów różnojądrzastych, 31% małych jednojądrzastych; 4% wielkich jednojądrzastych i przejściowych; 2% eozynochłonnych. Myelocyty, o ile się znajdowały, wynosiły mniej, niż 1%. Na 1000 ciałek białych naliczano przeciętnie 37 czerwonych, z tych 23,4% było normoblastów, 4,7% megaloblastów i 9,4% postaci przejściowych. Obecność megaloblastów, jak wiadomo, każe źle rokować. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Douglass W. Montgomery. **Przykłady samoistnego wyleczenia w trędowatej rodzinie.** (*Med. Rec. — Phil. M. J.* 26 kwietnia, 1902). Nie tak dawno trąd we wszelkich swych postaciach uważany był za chorobę niewyleczalną; obecnie jednak część autorów przyszła do przekonania, że wyzdrowienie jest naturalnem zakończeniem postaci znieczulającej trądu. Opisano nawet przykłady wyleczenia trądu guzowatego. Montgomery przytacza zajmujący szereg spostrzeżeń, uczynionych na potomstwie pewnego misyonarza i jego żony z Nowej Anglii, którzy osiedli na wyspach Hawajskich w r. 1837. Sam misyonarz był osobnikiem z znacznie zaburzonym układem nerwowym; żona jego była zupełnie zdrowa i żyła 83 lat. Wydała na świat ośmioro dzieci; z tych cztery zdrowe córki; z synów jeden był zdrów, drugi umarł na wrzód drą-

żący dłoni. Wreszcie jeden z synów i jedna z córek cierpieli na plamisto-znieczulającą postać trądu, z którego wyzdrowieli. Syn ten miał dwoje chorowitych dzieci, które zmarły we wczesnem dzieciństwie i dwoje zdrowych; wreszcie doczekał się on też zdrowego wnuczka. Córka misyonarza miała sześcioro dzieci: u czworga z nich rozwinął się trąd i wszyscy wyzdrowieli. Jeden z synów był wogóle zdrów, lecz przebył zapalenia przednich korzeni rdzenia pacierzowego; następnie ożenił się i ma zdrowe dziecko.

Dr St. Rudzki (Lublin).

A. De Blasi. **Przyczynek do stosowania błękitu metylenowego w zimnicy.** (*Gaz. degli Ospedali — Journ. of Amer. Med. Ass.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Autor stosował błękit metylenowy w 100 przypadkach zimnicy i osiągnął zupełne wyleczenie w 62 przypadkach. Lek ten jest skuteczny jedynie w tych razach, gdy pasorzyt przebywał już pewien czas we krwi. Błękit metylenowy zdaje się posiadać własności wywoływania bolesnych skurczów macicy, to też B. zaleca w ostatnich dwóch miesiącach ciąży wystrzegać się tego środka. Dawka wynosi 0,2—2,0 na dobę; podaje się ten lek po jedzeniu. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

V. Doukelsky. **Przyspieszenie czynności oddechowej jako objaw krzywicy.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902). V. Doukelsky zwraca uwagę na objaw ten, występujący często u dzieci, dotkniętych krzywicą, pomimo braku jakichkolwiek zmian chorobowych w oskrzelach i płucach. To przyspieszenie czynności oddechowej autor przypisuje zatruciu ustroju wskutek nieprawidłowego przebiegu przemiany materyi. Autor przytacza dziewięć przypadków dzieci wybitnie krzywiczych, niegorączkujących, u których w stanie zupełnego spokoju ilość oddechów wynosiła 40—90 na minutę. Sama czynność oddechowa była zupełnie regularna, również nie było żadnych szmerów dodatkowych, zdradzających zajęcie płuc lub oskrzeli. *Dr. T. Żeleński.*

J. Schabad. **O błonicy i prątku błoniczym w przebiegu płonicy.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*) i *Archiv für Kinderheilkunde* 1902, str. 167). Autor dochodzi na podstawie znacznej liczby doświadczeń i spostrzeżeń do następujących wniosków: 1. Powikłanie błonicą może wystąpić w każdym okresie płonicy, a nietylko, jak mniemano, u ozdrowieńców po tej chorobie. 2. Rozpoznanie tego powikłania może być uważane za pewne tylko wtedy, jeżeli obecność prątków Loefflera w gardle potwierdzi objawy kliniczne, wskazujące na istnienie błonicy. 3. Prątki błonicze, napotkane u chorych płoniczych, są jadowite, jeżeli błonica wystąpiła w przebiegu lub w okresie zdrowienia z płonicy; prątki otrzymane z gardła na początku płonicy nie są jadowite, lub jadowitość ich jest bardzo mała. W każdym razie brak jadowitości nie oznacza jeszcze, że nie mamy w tym przypadku do czynienia z prawdziwą błonicą. 4. W początku płonicy i w braku wszelkich objawów błoniczych miejscowych można również znaleźć w gardle prątki błonicze; są one wtedy zwykłymi saprofytami i nie biorą żadnego udziału w procesie toczącym się w gardle. 5. Chorych płoniczych, u których znaleziono prątki błonicze, należy odosobnić. 6. W razie powikłania błonicą, chorym należy stosować surowicę przeciwbłoniczą. *Dr. T. Zeleński.*

Dr. Preobrażenski. **Surowica przeciwpaciorkowcowa jako skuteczny środek w niektórych postaciach pląsawicy.** (*Sémaine médicale* 1902, Nr. 50). Dotychczasowe leczenie pląsawicy nie liczyło się z faktem, że choroba ta jest często pochodzenia zakaźnego i że w przypadkach tych zależy od działania chorobotwórczego przeważnie gronkowców i paciorkowców. Dr. Preobrażenski z Moskwy, otrzymawszy ze wszystkich narządów chorego, zmarłego w przebiegu ciężkiej pląsawicy, czyste hodowle paciorkowców, powziął myśl stosowania w niektórych postaciach pląsawicy surowicy przeciwpaciorkowcowej. Próba dokonana na ośmnastoletniej dziewczynie, której krew, badana bakteryologicznie, dała również hodowle paciorkowca, potwierdziła w zupełności słuszność tego przypuszczenia. Chodziło tu o ciężki przypadek pląsawicy, w którym stan chorej pomimo stosowania bromku sodowego chloralu, płynu Fowlera, ciągle się pogarszał. Otóż po kilkakrotnem wstrzyknięciu surowicy przeciwpaciorkowcowej ruchy pląsawicze poczęły zmniejszać swoje natężenie, aż wreszcie po upływie mniej więcej piętnastu dni ustały zupełnie. Równocześnie ustąpiły porażenia mięśniowe, które rozwinęły się w ciągu choroby. Po jakimś czasie wystąpił lekki nawrót cierpienia, dający się z łatwością usunąć zwykle używanymi środkami.

Spostrzeżenie to, jakkolwiek dotychczas odosobnione, zasługuje na uwagę ze względu na szybkość działania leczenia surowiczego; wiadomo, że pląsawica ustępuje pod wpływem zwykłego leczenia dopiero po upływie jednego, lub więcej miesięcy.

Badanie bakteryologiczne krwi u innej chorej pląsawiczej, która tylko przez przeciąg dwóch dni pozostawała w szpitalu, wykazało również obecność paciorkowców. Zdaniem Preobrażenskiego większość przypadków ciężkiej pląsawicy jest pochodzenia zakaźnego; tosamo można przypuszczać o pląsawicy, wikłającej gościec, zapalenie wsierdzia, nerek, itd. *Dr. T. Żeleński.*

Dr. R. Barącz. **O promienicy u człowieka na podstawie własnych spostrzeżeń.** (*Archiv Langenbecka* T. 68, Z. 4, 1902). W ciągu kilkunastu lat spostrzegał B. 60 przypadków promienicy u ludzi w różnym wieku, najczęściej między 20—30 rokiem życia; z tych 52 razy na głowie i szyi, 3 — na języku, 3 — w płucach, względnie na klatce piersiowej i 2 razy na powłokach brzusznych. Wnioski, do jakich ostatecznie dochodzi, są następujące: grzybek promienicy wchodzi do ustroju ludzkiego przez błonę śluzową przewodu pokarmowego (a zwłaszcza jamy ustnej i przełyku), oraz przez drogi oddechowe. Wyjątkowo zakażenie następuje przez skórę. Przenośnikiem zakażenia są łuski, plewy i okruchy słomy z przyschniętymi do nich zarodnikami promienicy. Grzybek, wzięty z ognisk chorobowych u człowieka, odznacza się nadzwyczaj małą żywotnością tak, że promienicy nie udaje się przeszczepić z człowieka na człowieka lub zwierzę. Kolbki i skręty w kształcie wieńców ciernistych są postaciami zwyrodniałemi właściwego grzybka. W leczeniu promienicy należy się ograniczyć do szerokich nacięć i wyłyżeczkowania, a unikać większych zabiegów chirurgicznych. Pomocnymi mogą być wstrzykiwania nalewki jodowej lub 20% roztworu azotanu srebrowego. W przypadkach promienicy narządów wewnętrznych radzi B. próbować śródżylnych wstrzykiwań kolargolu. *Herman.*

G. Koch. **O torbielach kości długich.** (*Archiv Langenbecka* T. 68, Z. 4, 1902). Torbiele kości długich, które mogą stać się przyczyną złamań „dobrowolnych“, bywają rzadko spostrzegane, w piśmiennictwie bowiem zanotowano zaledwie 22 spostrzeżeń, wliczając w to już przypadek opisany przez autora: 15-letni chłopak poraz wtóry złamał w przeciągu 5-ciu lat prawe udo w górnej trzeciej części, niemal bez wyraźnej przyczyny. Dostał się na oddział Kortego, gdzie podejrzywano, że przyczyną tego „dobrowolnego“ złamania jest mięsak. Odsłonięto miejsce chore i zoryentowano się, że w jamie szpikowej znachodzi się torbiel wielkości mandarynki, wypełniony płynem krwawym. Sciany wyłyżeczkowano, a jamę wytamponowano. Po kilku miesiącach nastąpiło zupełne wyleczenie. Badanie drobnowidowe wykazało utkanie chrzęstniaka, który prawdopodobnie skutkiem niedostatecznego odżywienia rozmiękł. W przeważnej liczbie przypadków, znanych z piśmiennictwa, udało się wykazać również, że torbiel powstał z chrzęstniaka. *Herman.*

Braunstein i Bube. **Czy istnieją połączenia między naczyniami krwionośnemi ucha środkowego i wewnętrznego,** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 56, 1902). Autorowie niezależnie od siebie przeprowadzili w klinice usznej w Halli badania w celu sprawdzenia badań Politzera. Politzer na zasadzie swoich badań twierdzi, że układ krwionośny ucha środkowego i układ krwionośny ucha wewnętrznego znajdują się z sobą w związku, mianowicie zapomocą naczyń, przechodzących przez ścianę kostną, oddzielającą te części narządu słuchowego. Schwartze już dawniej wyraził się, że badania Politzera wymagają potwierdzenia. Później Siebenmann, i Eichler wypowiedzieli zdanie przeciwne, t. j., że dwa te układy krwionośne w związku ze sobą nie stoją. Badania Braunsteina i Bubego potwierdziły zdanie Siebenmanna i Eichlera. Autorowie zwracają uwagę na to, że dziwnym trafem wszyscy powtarzają zapatrywanie Politzera, a na prace Siebenmanna i Eichlera nie zwraca się uwagi. *Dr. Teofil Zalewski.*

Frey. **Zamknięcie otworu poza uchem po operacyi doszczętnej przez podskórne wstrzyknięcie parafiny.** (*Archiv für Ohrenh.* Tom 56, 1902). Autor wpadł na pomysł zakrywania otworu, jaki pozostaje poza uchem po operacyi doszczętnej przez wstrzyknięcie podskórne w brzegi otworu parafiny. Podaje 7 przypadków, w których w ten sposób otwór zakrył. Warunkiem, by to się udało, jest: niezbyt duży otwór (najwyżej ½ ctm. średnicy) i niezbyt silnie przyrośnięte do kości brzegi otworu.

Dr. Teofil Zalewski.

Neumann. **O badaniu przez odbytnicę w ginekologii.** (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 49, 1902). Bardzo często do badania przez pochwę powinno dołączać się badanie przez odbytnicę i to albo zastępczo, albo uzupełniająco, — w obu razach dwuręcznie. Nieodzownem jest to badanie u dziewic, u których napotykamy na trudności w badaniu przez pochwę, następnie przy zarośnięciu błony dziewiczej, albo pochwy. Powszechnie używa się go przy nowotworach macicy, zwłaszcza raku, gdzie chodzi o dokładne zbadanie sąsiednich narządów i tkanek, a następnie rozstrzygnięcie, czy należy doszczętnie operować, czy tylko ochronnie skrobać. Łatwiej oceniamy zapalne zmiany n. p. w przydatkach, położenie gu-

zów w miednicy małej, czy wśród jamy otrzewnowej, czy poza nią, jakoteż względnie związek ich z otaczającemi je kośćmi. Błędne rozpoznanie badaniem przez pochwę jest często wynikiem zbytniego napięcia sklepień pochwy, lub znaczniejszego wrodzonego rozrostu tkanek okołomacicznych. Niekiedy więzadła krzyżowo-maciczne sprawiają uczucie oporu. Błędy te można napewno ominąć, jeśli dodamy badanie przez odbytnicę. Koniecznem jest ono i jedynem w starczym zaniku części rodnych, lub ich niedokształcie, w schorzeniach przegrody między odbytnicą a pochwą, gdzie nieraz trudno badać przez pochwę. Nie powinno się o niem zapominać w razach, gdy chore żalą się jedynie na ciągłe zaparcie stolca, bo niekiedy przyczyną tego może być guz w miednicy, uciskający kiszkę stolcową. Zapalne guzy, ropne ogniska, zamaciczne krwisteki przebijają często do kiszki, powodując powolny, ale ciągły odpływ śluzu, krwi lub ropy, wówczas zawsze trzeba badać przez odbytnicę.

G. Grzybowski.

Welamowicz. **W sprawie leczenia ostrego zatrucia morfiną i przetworami makowca.** (*Prakticzeskij Wracz* 1902, Nr. 8—9. Na podstawie piśmiennictwa i własnego przypadku poleca W. w zatruciu morfiną i przetworami makowca metodę Moora, polegającą na stosowaniu wewnętrznem nadmanganianu potasowego dla zobojętnienia trucizny w żołądku, lub też podskórnem, jeśli jad już się dostał do krwi. Do wstrzykiwań podskórnych należy używać roztworów nie mocniejszych nad 4—5%, stosując je co ½—1 godziny po 1,0 aż do wyraźnego polepszenia: wewnętrznie zaś na 0,2 morfiny należy dla zobojętnienia podawać po 0,25 nadmanganianu potasowego; na 30,0 nalewki makowca 0,4 odtrutki; jeśli zaś ilość trucizny nie jest wiadoma, należy podawać przez usta 0,5—0,6 nadmanganianu potasowego; następnie przepłókać żołądek kilkakrotnie słabym roztworem tej soli. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Ceidler. **Przypadek zapalenia otrzewnej u chorej na kamicę żółciową bez poprzedniego przedziurawienia pęcherza żółciowego.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 25). Ceidler (Petersburg) spostrzegał nadzwyczaj rzadki przypadek, w którym kamienie żółciowe wywołały zapalenie otrzewnej bez poprzedniego przedziurawienia pęcherzyka żółciowego. Operując chorą z powodu kolki żółciowej, powikłanej objawami zapalenia otrzewnej, stwierdził autor rozszerzenie znacznego stopnia pęcherzyka żółciowego, którego ściany nacieczone były ropą, a cała otrzewna w stanie ostrego zapalenia; wypocina zawierała czystą hodowlę lasecznika okrężnicy. C. wyciął pęcherzyk i wytamponował ranę; chora wyzdrowiała. Wycięty pęcherzyk przedstawiał wszystkie oznaki zapalenia ropówkowego; zawierał on 552 kamieni wielkości od ziarnka grochu do główki od szpilki; warstwa zewnętrzna kamieni składała się z cholestearyny, wewnętrzne z bilifuscyny i bilirubiny.

Witold Orłowski (Ptbg.).

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Docent Czygajew. **Leczenie surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej podskórnemi wstrzykiwaniami wysięku opłucnowego; metoda autoseroterapii.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 45). Cz. stosował metodę Gilberta (wstrzykiwanie pod skórę wysięku opłucnowego) w 8 miu przypadkach surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej. Wyciągnąwszy strzykawką Jaqueta 2—10 sz. ctm. płynu, Cz. wstrzykiwał, nie wyjmując igły, tuż pod skórę 1—4 sz. ctm. wysięku. Wstrzykiwania nie sprawiały bólu i nie dawały odczynu miejscowego. Wszyscy chorzy przed wstrzykiwaniami gorączkowali, niektórzy skarżyli się na obfite poty, silne bóle i duszność. Po wstrzykiwaniu ciepłota zwykle obniżała się i podnosiła się dopiero na trzeci dzień; ponowne wstrzykiwanie znów ją obniżało, w niektórych przypadkach do 4 razy. W przypadkach o podejrzanej podstawie gruźliczej ciepłota podnosiła się na 2—3 dzień, lecz następnie szybko obniżała się. Wessanie się wysięku można było stwierdzić już na drugi, w niektórych zaś przypadkach dopiero na 3—4 dzień: stan chorych poprawiał się, poty i dreszcze ustawały, duszność i bóle znikały. Ilość moczu podnosiła się z 700 do 800 do 2000 sz. ctm. na dobę. Żadnych powikłań autor nie spostrzegał. Jeśli leczenie rozpoczynało się w 1-szym tygodniu choroby, ciepłota spadała do prawidłowej i wysięk wchłaniał się po 10—12 dniach; jeśli zaś wstrzykiwania stosowano po 3—4 tygodniach, wyzdrowienie następowało po 2—4 tygodniach. U wszystkich chorych wysięk wstrzykiwano kilkakrotnie (2—4 razy).

Witold Orłowski (Ptbg.)

VII. XXXIII. Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski (Heidelberg).

(Ciąg dalszy).

IV. Dyrektor Dr. Eschle (Sinsheim) przedstawia zebranym model łóżka, przeznaczonego szczególnie dla zanieczyszczających się umysłowo chorych. W modelu tym zasługują na uwagę materace, których jest 3, tudzież wałek pod głowę. Przez materace te, jak również przez wałek pod głowę przewleczony jest szpagat, który po jednej stronie ściąga się i zawiązuje — i po tejże stronie jest otwór, który zostaje zaciśnięty przez ściągnięcie szpagatu. Rozwiązawszy szpagat, — rozluźniamy otwór. Materac ten wygląda nieco podobnie do włościańskich tak zw. sienników, mających z jednej strony otwór, przez który napychaną zostaje do siennika słoma. Ściąganie szpagatem nadaje tym materacom pewną twardość; mniejsze rozmiary odróżniają te materace od sienników włościańskich. Celem tego urządzenia jest to, aby można było łatwo treść siennika usunąć, co wobec zanieczyszczających się chorych ma wielkie znaczenie. Równocześnie mowca poleca wypychać te materace cieniutkimi wiórami drzewnymi, podnosząc, że te nie dopuszczają gnicia albo psucia się wskutek zanieczyszczenia,— jak to ma miejsce np. z mchem,— łatwo przepuszczają mocz, który uchodzi popod łóżko (w tym celu mowca poleca stawiać pod łóżko odpowiednie naczynie, w któreby mocz ten skapywał). Najważniejszą rzeczą jest to, że co pewien czas można wióry z materaców wyjmować, oczyścić gotowaniem w gorącej wodzie i na nowo używać. Wywody mowcy i model znalazły ogólne u zebranych uznanie.

V. Prof. Wollenberg (Tübingen) — mówił o guzach płata czołowego, a w szczególności o objawach umysłowych, występujących przy tych cierpieniach. Zauważono, że przy guzach w płacie czołowym występuje często ogłupienie z towarzyszącym mu stanem zadowolnienia i skłonnością do dowcipkowania. Bruns i Hannower starają się nawet tę skłonność objaśnić drażnieniem przez guz ruchowych ośrodków mowy.

Czy rzeczywiście ów stan zadowolnienia i skłonność do dowcipkowania są cechą istotną guzów płatu czołowego? Czy więc istnieje specyalna psychoza guzów czołowego płatu? Na to pytanie, będące współcześnie jednem z zagadnień spornych w psychiatryi,— autor skłonny jest odpowiedziedzieć twierdząco. Dość wymownie — według mowcy — przemawiają za związkiem opisanego stanu psychicznego z guzami w płacie czołowym liczby statystyczne. Na 23 przypadków takiego stanu zadowolnienia i dowcipkowania przy guzach w mózgu stwierdził Schuster 15 przypadków guzów w płacie czołowym. W każdym atoli razie, sądzi mowca, objawy psychiczne nie mogą być tu uważane za istotne cechy rozpoznawcze, lecz stwierdzenie ich może odgrywać tylko rolę pomocniczą przy rozpoznawaniu guzów płatu czołowego, które opierać się powinno na innych oznakach. Mowca przytacza wyniki badań statystycznych guzów mózgowych, dokonanych przez Schustra, tudzież omawia szczegółowo jeden kazuistyczny przypadek, w którym początkowo rozpoznawano padaczkę, a później okazało się, że był to guz w płacie czołowym. 26-letni rzeźnik, do tej pory zdrów, ze zdrowej rodziny, nagle dostał napadu drgawek z utratą przytomności. Odtąd zaburzenia chorobowe dość szybko rozwijały się. Ból głowy w okolicy czołowej, a niekiedy i potylicznej stale nie opuszczał pacyenta, który stał się drażliwym w wysokim stopniu. Wystąpił obłęd wielkości, tudzież obłęd prześladowczy. Zwolna powstała skłonność do wymiotów i tarcza zastoinowa w oku, ciągła senność, stan zadowolnienia, zachowanie się dziecinne, dowcipkowanie, czasem niezadowolenie i gniew. Do tego dołączyło się porażenie w dolnym odcinku n. twarzowego. Rozpoznanie prawdopodobne: guz w płacie czołowym, co też w istocie się sprawdziło.

VI. Jako *pendant* do powyższego odczytu, przedstawia Dr. Weil (Stuttgart) chorego, u którego stwierdzono — bolesność na dotyk w przedniej prawej części sklepienia czaszki, tamże pewną wypukłość, tarczę zastoinową w dnie oka, niedowład n. twarzowego, chód niezborny, jak u pijanego. Nadto chory ulegał stałemu bólowi głowy, tudzież skłonności do częstych wymiotów. W stanie psychicznym pacyenta stwierdzono — usposobienie wesołe i skłonność do dowcipkowania. Dokonana operacya wykazała guz wielkości jaja w płacie czołowym. Operacya była po pewnym czasie ponowiona z powodu powstania nowych guzów i po niej zaburzenia ustąpiły.

W dyskusyi nad obu odczytami podniósł Dr. Steinbal, że przed 1½ rokiem Müller wykazał statystycznie, że stan wesołości i skłonność do dowcipów występują także i przy innych guzach mózgowych, nie tylko przy guzach w płacie czołowym, — a przeto nie

należy mówić o istnieniu jakiejkolwiek specyalnej psychozy, odnoszącej się do guzów płatu czołowego. Zaś fakt występowania częstszego tych objawów psychicznych — podniecenia i dowcipkowania — przy guzach płatu czołowego — znajduje wyjaśnienie swe w tem, że guzy te nie prędko zostają zauważone i rozrastają się do wielkich rozmiarów, zanim zwrócą na siebie uwagę i sprowadzą pacyenta do lekarza.

VII. Przewodniczący zebrania Kreuser (Winnenthal) porusza nader żywotną sprawę dla lekarzy chorób umysłowych. Oto pruskie ministerstwo sprawiedliwości dnia 7 października r. b. wydało rozporządzenie, mocą którego w sprawach kurateli powoływani być mają do opiniowania zwykli lekarze sądowi, nie zaś psychiatrzy. Mowca widzi w tem rozporządzeniu poniżenie psychiatrów, podnosi, że takie postępowanie wyjdzie na złe stronom interesowanym w sprawach kurateli, gdyż oczywiście okręgowy lekarz sądowy, nie specyalista w zakresie chorób umysłowych, niejednokrotnie będzie popełniał w swych orzeczeniach psychiatryczno-sądowych błędy, jakichby nie mógł popełnić zawodowiec psychiatra. Wreszcie zwraca uwagę mowca na to, że błędy te, częste sprzeczności w orzeczeniach różnych podobnych rzeczoznawców, będą miały w następstwie podkopanie w społeczeństwie opinii o psychiatrach i ich znaczeniu. Z tych względów mowca poleca, aby zebrani zajęli pewne stanowisko wobec omówionego rozporządzenia pruskiego ministerstwa, a to tembardziej, że za przykładem Prus gotowe pójść inne państwa niemieckie.

Mowca proponuje przyjęcie następującej rezolucyi: „XXXIII-cie Zgromadzenie południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich wyraża ubolewanie z powodu rozporządzenia pruskiego ministerstwa sprawiedliwości z dnia 7 października r. b., mocą którego w sprawach kurateli wybieranym ma być do opiniowania z reguły lekarz sądowy, albo jego pomocnik. Nie wchodząc w ocenę tego rozporządzenia ze stanowiska sądowego, psychiatrzy, którzy sądzili, że mogą się uważać w sprawach kurateli za mających prawo do pierwszeństwa w rzeczoznawstwie, gdyż chyba u nich można liczyć na większe doświadczenie w zakresie chorób umysłowych, — jak tego wymaga rozporządzenie tegoż samego ministerstwa z dnia 28 listopada 1899 roku, — zmuszeni są tę niczem nieuzasadnioną zmianę, wprowadzoną nowem rozporządzeniem, uważać za uwłaczającą dla siebie. Przedewszystkiem zaś w interesie osób ich opiece lekarskiej podległych muszą podnieść zastrzeżenie przeciwko temu, aby w sprawach wyboru rzeczoznawców przy ocenach psychiatryczno-sądowych miały odgrywać rolę jakiekolwiek inne względy, oprócz względów na dobro jednostek, będących przedmiotem lekarskich opinij". Na zakończenie dodaje mowca, że sprawa jest tem ważniejsza i tembardziej protestować należy, że nawet i ci chorzy, którzy przebywają w zakładach dla obłąkanych, mają być dawani do oceny lekarzom sądowym.

Dyskusya.

Prof. Tomsen do argumentów poprzedniego mowcy dodaje jeszcze ten, że okręgowi lekarze sądowi nie mogli mieć dostatecznego materyału do należytego opiniowania; materyał ten może mieć tylko psychiatra, obserwujący w zakładzie przez czas dłuższy cierpiącego na umyśle osobnika. Doc. Weygandt obawia się, że w ślad za Prusami pójść gotowa Bawarya; podnosi, że w Austryi również istnieje w sferach rządzących brak zaufania do psychiatrów, jako rzeczoznawców w sprawach kurateli; proponuje zatem, aby rezolucyę referenta przekazano związkowi niemieckich psychiatrów. Wniosek ten, jak również całą rezolucyę, popiera prof. Fürstner (Strassburg).

Prof. Bieberbach opowiada interesujący przypadek. Na mocy orzeczenia psychiatry poddano jednego osobnika pod kuratelę, jednakże wkrótce zniesiono ją na zasadzie orzeczenia lekarza okręgowego. Po pewnym czasie interesowani wznowili żądanie o zaprowadzenie kurateli nad tym samym człowiekiem. Psychiatra orzekł, że kuratela potrzebna: na mocy jednak opinii sądowego lekarza okręgowego osobnik ten znowu został zwolniony z pod kurateli. Mowca sądzi, że dobrzeby było, gdyby tylko w wątpliwych i zawiłych przypadkach zwracano się do orzeczenia psychiatrów, — a to dlatego, że lekarze zakładów psychiatrycznych byliby zbytnio obciążeni i odciągani od swych zajęć w zakładach. Z tego względu mowca oświadcza się przeciw rezolucyi referenta w tej formie, w jakiej ona jest sformułowana.

Rezolucya atoli wraz z wnioskiem o przesłanie jej do związku psychiatrów niemieckich przeszła wszystkimi głosami przeciw jednemu głosowi ostatniego mowcy.

VIII. Doc. Gaupp mówił „O granicach poznania psychiatrycznego". Mowca poddaje krytycznej ocenie tak zw. kierunek anatomiczny i psychiatryczny w psychiatryi, wykazuje, co każdy z nich dać może, — a przedewszystkiem osłabia zbytnie nadzieje, pokładane w anatomii, a natomiast podnosi potrzebę psychologicznych studyów nad chorobami umysłowemi. Badania anatomiczne i chemiczne — w psychiatryi nie mogą wystarczyć, gdyż 1) wątpić należy, czy można będzie kiedykolwiek np. wykazać anatomiczne zmiany w histeryi lub w psychozie przemiennej (*manisch depressives Jrresein*) 2) A gdyby się nawet udało wykazać zmiany anatomiczne we wszystkich zaburzeniach psychicznych, tudzież gdyby się powiodło poznać chemizm przemiany materyi w przebiegu tych zaburzeń, to czyż nam to już nie wyjaśni istoty samych zaburzeń psychicznych, oraz związek między objawami psychicznymi? cóż bowiem wiemy o stanie umysłowym, gdyśmy nawet stwierdzili pewne ustosunkowanie między np. ciałkami Nissla w ośrodkach nerwowych, lub np. między włókienkami nerwowemi itd.? Z samego poznania tych zmian anatomicznych, a to samo się odnosi i do poznania zmian chemicznych, nic absolutnie nie wiemy jeszcze o zmianach zaszłych w sferze psychicznej. Ażebyśmy je poznać mogli, musimy jeszcze oddzielnie i bardzo gruntownie badać te ostatnie. I dopiero znając oba rodzaje zjawisk, moglibyśmy wykazać, że takim a takim objawom psychicznym odpowiadają takie a takie zmiany anatomiczne czy chemiczne, i odwrotnie, — znając objawy, moglibyśmy już *à priori* utrzymywać, — że takie a takie im odpowiadają objawy psychiczne.

Z tego wynika, że równorzędnie z badaniami anatomicznemi oraz chemicznemi powinny iść badania psychologiczne — i tylko dzięki temu skombinowaniu nastąpić może gruntowne zrozumienie chorób umysłowych. A więc psychologia jest wiedzą pomocniczą, a może i podstawową psychiatryi. Dzięki analizom psychologicznym, a w pierwszym rzędzie dzięki badaniom doświadczalno-psychologicznym, wiemy dziś więcej o mechanizmie psychicznym, o stosunkach i wzajemnej zależności między poszczególnemi zjawiskami umysłowemi, aniżeli o mechanizmie mózgu, będącego już od tak dawna przedmiotem tak mnogich badań i dociekań. Rozumie się, nie można od psychologii wymagać za wiele: nie jest ona w stanie nam wszystkiego wyjaśnić; a nawet w tem, co leży w granicach jej możności nie łatwo jej to przychodzi; tak np. nie rozstrzygnięto dotąd, jak się ma rzecz z obłąkaniem ogólnem (*paranoia*), czy w niem znaczenie podstawowe mają uczucia czy przedstawienie. Reasumując, zaznacza mowca, że obrazy kliniczne należy analizować psychologicznie; że badania anatomiczne, tudzież chemiczne, mogą nas doprowadzić do odgraniczenia obrazów klinicznych, oraz do poznania czynników etyologicznych.

Wreszcie mowca zastanawia się nad etyologią zboczeń umysłowych i podnosi następujący niezrozumiały fakt: dlaczego np. alkohol raz wywołuje chorobę Korsakowa, drugi raz obłęd zazdrości. Objaśnienie tego faktu tem, że chorzy ci byli usposobieni w odpowiednim kierunku, bądź też tem, że wyskok działa w obu przypadkach na różne części mózgu, — nie zadawalniają mowcy. W sprawie etyologii zwracać należy uwagę, — twierdzi mowca, — na to, że każde zjawisko jest wynikiem nie jednej, lecz wielu przyczyn; powtóre, że przy badaniu objawów w ustroju odróżniać należy przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne (exogene i endogene), t. j. czynniki, działające na ustrój, a znachodzące się poza nim, jak w tym przypadku alkohol, tudzież czynniki, przyczyniające się do powstania pewnego objawu w ustroju, a znachodzące się w nim samym; do takich należą wpływy dziedziczne.

Odczyt ten spotkał się z ogólnem uznaniem zgromadzenia.

Dyskusya. Doc. pryw. Weygandt zgadza się z wywodami mowcy, występuje przeciw Büchnerowi z powodu jego »*Welträthsel*« i przeciw materyalizmowi, naiwnie utrzymującemu, że myśl i uczucie to nic więcej, jak tylko jakiś proces materyalny w mózgu; — podnosi znaczenie dla psychiatrów badania psychologii prawidłowej. Według mowcy, nauka Wundta np. o apercepcyi mogłaby wiele wyjaśnić w niedołęstwie umysłowem przedwczesnem (*dementia praecox*). Mowca sądzi nawet, że psychologia powinna być przedmiotem obowiązkowym na wydziale lekarskim, gdyż, jak mowca sądzi, każdemu lekarzowi potrzebne jest poznanie stanu psychicznego pacyentów.

Dyr. Frank przemawia również za wprowadzeniem psychologii do studyów lekarskich.

IX. Dyr. Frank (Münsterlingen) mówi „O leczniczej wartości psychoterapii (hipnozy)". Gdy ten środek leczniczy powstał, wywołał wrażenie, że jest jednym z tego wielkiego mnóstwa środków nowych, ciągle wprowadzanych i zachwalanych. Atoli środek ten różni się od innych już przedewszystkiem tem, 1) że się go nie podaje sposobem używanym przy lekach farmaceutycznych; 2) że musi być stosowany tylko przez lekarza; 3) że wreszcie wymaga od lekarza, który go stosuje, odpowiedniego przygotowania. Zarzuty powstałe przeciwko poddawaniu (hipnozie), jako zabiegowi leczniczemu, mają główne swe źródło, zdaniem mowcy, w tem, że przeciętny lekarz nie umie hipnotyzować. Każdy psychiatra powinien znać tę psychoterapię, gdyż z jej pomocą ulecza się wiele schorzeń, któreby pozostały bez leczenia, jeśliby nie stosowano hipnozy, — a mianowicie: psychiczne i cielesne zaburzenia, będące pochodzenia psychi-

cznego. Mowca przytacza parę przykładów uleczenia za pomocą poddawania. Pacyent z nagle powstałemi omamami (halacynacyami), bezsennością, podnieceniem, brakiem łaknienia, na którego trional i inne środki, wywołujące sen, pozostały bez wpływu, dzięki poddawaniu w ciągu 15 dni wrócił do zdrowia, — odzyskał sen, łaknienie, uspokoił się zupełnie, a omamy znikły.

Chłopiec oddawał bezwiednie stolec w szkole. Pod wpływem poddawania nabrał siły do powstrzymywania się, — a potrzeba oddania stolca, której dawniej nie odczuwał, po poddawaniu poczęła dochodzić do jego świadomości. — Mowca zwraca uwagę na to, że w schorzeniu, nadającem się do psychoterapeutycznego leczenia, należy wyszukać to, co jest punktem wyjścia dla reszty objawów. Np. jakieś zdarzenie wywołało pewne uczucie, które stało się powodem dla całego szeregu innych objawów. Lekarz musi przeto gruntownie zbadać stan umysłowy pacyenta, tudzież tu należące inne czynniki, aby uświadomić sobie to uczucie i poznać całe zdarzenie, które go wywołało. Wtedy zadaniem lekarza jest staranie, by chory pozbył się tego uczucia, a wtedy oczywiście i reszta objawów, spowodowanych tem uczuciem, ustąpi. — Mowca zwraca wreszcie uwagę zgromadzenia na „Zeitschrift für Hypnotismus“.

X. Jako *pendant* do powyższego odczytu przedstawił Dr. Bezola szczegółowy opis przypadku, wyleczonego przez poddawanie. Młodzieniec 18-letni doznawał co pewien czas uczucia nieopisanego lęku i napadu drgawek. Rozpoznawano bądź padaczkę, bądź histeryę. Wreszcie dyr. Frank wykazał, że punktem wyjścia był przestrach występujący u pacyenta co pewien czas na widok pewnej postaci. Wielokrotne poddawanie uspokoiło pacyenta i usunęło zeń obawę przed tą postacią.

Dyskusya nad obu odczytami:

Prof. Krell wyraża zadowolnienie z tego, że coraz więcej rozpowszechnia się zrozumienie dla psychoterapii i podnosi zasługi w tym kierunku Liebermeistra.

Rein opowiada o przypadku histeryczki, nie będącej w stanie dowolnie oddawać moczu. Poddawanie usunęło to zaburzenie, — a więc zapobiegło powstaniu zapaleniu pęcherza. — Hecker opowiada o jednym przypadku, gdzie pacyentka pewien czas musiała leżeć w łóżku, aczkolwiek nie było żadnego organicznego schorzenia. Dokładne badanie wykazało, że datuje to się od pewnego czasu, kiedy pacyentka, otrzymawszy złe świadectwo w szkole, rozzłościła się bardzo i przyszedłszy do domu, była tak osłabiona, że musiała się położyć do łóżka. Poddawanie usunęło to zaburzenie. — Mowca zwraca uwagę, że poddawanie nie zyskało prędkiego przyjęcia także i z tych względów, że hipnotyzerowie mają wśród ogółu opinię trochę szarlatanów, tudzież że lekarze obawiają się kompromitacyi w razie nieudania się poddawania. Na tę ostatnią uwagę odpowiada referent Frank, że jeżeli lekarz ma odpowiednie przygotowanie, to skompromitować się nie może.

Weygandt podnosi, że z wywodów referenta wynika potrzeba urządzania poliklinik dla psychicznie nerwowych.

Wreszcie podniesiono, że poddawanie ma również doniosłe znaczenie w kierunku różniczkowo-rozpoznawczym.

XI. Feldmann (Stuttgart) przedkłada referat pod tyt. „Ze szpitala w Stuttgarcie. O 50-ciu przypadkach obłędu opilczego (*delirium tremens*)“; jest zdania, że należy śmiało i odrazu odjąć wyskok chorym na obłęd opilczy, tudzież, że przypadki tego obłędu powinny być leczone tylko w zakładach, jako mających wszelkie odpowiednie do leczenia urządzenia. (Dok. nastąpi).

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Suez, 13 stycznia 1903.

Zanim przystąpię do streszczenia poszczególnych wykładów Zjazdu, zamierzam podać kilka szczegółów o Szkole lekarskiej, w której się one odbywały, następnie o wykładach w ogólności, o ostatniem posiedzeniu ogólnem, o uchwałach Zjazdu, a wreszcie o wycieczkach i przyjęciach.

Szkoła lekarska, założona w r. 1827 przez Mehmeta Alego, jest obecnie, po przejściu różnych okresów i zmian, doskonale zorganizowana według systemu angielskiego. Jestto zbiór budynków, położonych nad odnogą Nilu, na drodze do Starego Kairu, jednoczących w sobie wszystkie działy medycyny. U wejścia do Szkoły znajduje się poczekalnia dla studentów, złożona z kilku pokoi. Na stołach leżą różne dzienniki, przeważnie angielskie, a obok poczekalni restauracya. W sąsiedztwie sal wykładowych i pracowni znajduje się obszerna biblioteka lekarska i wzorowo urządzone gabinety: zoologiczny, anatomiczny, anatomiczno-patologiczny i farmaceutyczny. Szczególnie gabinet anatomiczny posiada okazy bardzo cenne, pochodzące z przed kilku tysięcy lat. Gabinet anatomo-patologiczny urządzony w ten sposób, że w obszernej sali wykładowej wzdłuż ścian znajduje się kilka szeregów półek, na których poustawiane są słoje z preparatami i z odpowiedniemi objaśnieniami tak, że je można łatwo nawet bez brania w rękę z korzyścią oglądać.

O kilkadziesiąt kroków od Szkoły znajduje się obszerny szpital o 600 łóżkach, gdzie uczniowie ćwiczą się praktycznie w badaniu klinicznem.

Ugrupowanie takie budynków ma tę dobrą stronę, że uczniowie nie potrzebują, przechodząc z jednego wykładu na drugi, przenosić się do oddalonych dzielnic miasta, jak to ma miejsce często w uniwersytetach europejskich; ale też ma i tę niedogodność, że gdy zajdzie potrzeba rozszerzenia jakiegoś oddziału, to zwykle przestrzeń jest zamknięta. Tak np. skarżył się Prof. Loos, którego specyalnością jest badanie chorych na tęgoryjca (*ancylostomiasis*), że musi się mieścić w jednej tylko sali, chociaż przydałyby mu się przynajmniej trzy.

Prace zjazdowe, które się odbywały od 9 do 12 rano i od 3 do 6 popołudniu, podzielono na trzy sekcye: patologiczną, chirurgiczną i okulistyczną.

W sekcyi patologicznej mówiono o czerwonce, o chorobach wątroby, o zimnicy, dżumie, cholerze, żółtej febrze, gruźlicy, trądzie, rumieniu lombardzkim, *beri-beri* itd., a nadto odbyły się odosobnione wykłady o surowicy przeciwdurowej, o rozpoznawaniu duru brzusznego zapomocą badania bakteryologicznego krwi, o wrzodzie nilowym, o eunuchizmie, o klimacie egipskim, o medycynie i lekarzach w Egipcie, o medycynie w Abisynii i o surowicy przeciw ukąszeniu skorpionów.

W sekcyi chirurgicznej zajmowano się „bilharzyą“, ropniami wątroby i techniką operacyjną dla ich leczenia, kamicą moczową, wreszcie rakiem: oprócz tego odbyły się poszczególne wykłady o gruźlicy chirurgicznej w Egipcie, o włókniakach macicy, o rozmiękczeniu kości, o operacyjnej cystotomii, symfiseotomii itd.

Przedmiotem obrad w sekcyi okulistycznej była jaglica, przyczyna ślepoty w Egipcie i zaradzenie jej częstości; łuszczka rogówki, jaskra, ostre zapalenie spojówek itd. Podczas wykładów o trądzie, rumieniu lombardzkim i chorych na tęgoryjca, Dr. Sandwith demonstrował chorych ze szpitala szkoły lekarskiej.

Najwięcej tematów omawiano w sekcyi patologicznej, która też najbardziej była uczęszczana. Na każdy wykład przeznaczono po 15 minut, na rozprawy 5 minut. Wykładano przeważnie w języku francuskim, mniej w angielskim i włoskim. Ze względu na krótkość czasu niektórzy czytali nadzwyczaj szybko tak, że n. p. władający słabo językiem wykładającego zupełnie odczytu nie rozumieli. Ztąd też i rozprawiano nie wiele, a w bardzo wielu przypadkach wcale nie. Tak przynajmniej było na sekcyi patologicznej, na którą wyłącznie uczęszczałem.

Zamknięcie Zjazdu odbyło się na posiedzeniu ogólnem w sali opery, pod przewodnictwem ministra oświaty, Fakhrego paszy, który krótkiem przemówieniem otworzył to ostatnie posiedzenie.

Dr. Ibrahim Hassan pasza, prezydent Zjazdu, dziękował członkom za wygłoszone prace, dodając, że Egipcyanie zachowają je długo w swej pamięci. Przytaczając przysłowie, że „Kto się raz napił wody z Nilu, wraca, aby się napić raz drugi“, wyraził nadzieję że zobaczymy się znowu na następnym Zjeździe.

Następnie Dr. Woronoff zdał sprawę z prac Zjazdu, poczem przedstawiciele obcych mocarstw: Dr. Schacht, Prof. Nothnagel, Dr. Kops, Prof. Bouchard, Dr. Kouzis, Dr Harrison, Prof. Magyarevics, Prof. Maragliano, Mirza Mohamet Khan, Dr. Rapczewski, Prof. Eternod wygłosili swe mowy pożegnalne.

Prof. Bouchard zaznaczył, że nadzieja i przekonanie, które wyraził przy otwarciu Zjazdu, zupełnie się sprawdziły. Zjazd przyniósł istotny pożytek. „Nie możemy powiedzieć“, dodaje, »żeście coś zyskali przez naszą tu obecność: tymi, którzy skorzystali wiele ze Zjazdu, jesteśmy właśnie my, lekarze obcy, którzy przybyli zdaleka, aby zwiedzić wasz piękny kraj, badać choroby nam jeszcze nieznane, nabywać zupełnie nowych wiadomości, podziwiać zbiory narzędzi do badania, jedynych w swoim rodzaju i preparaty anatomiczne znakomicie wykonane, a wszystko to połączone z interesującemi objaśnieniami, dzięki umiejętności kolegów egipskich. Badania tu dokonane będą się dalej prowadzić i dopełniać gdzieindziej dla tem większego pożytku, dla dobra ludzkości“.

W końcu wyraził podziękowanie Khedywowi, członkom biura i kolegom egipskim, że zacieśnili i wzmocnili węzły pobratymstwa lekarskiego i wykazali, iż doskonalenie się ludzkości odbywa się przez naukę.

Po odczytach prof. Nothnagla i Maragliano „O profilaktyce i patogenezie zapaleń nerek“, przemówił minister Fakhry pasza, dziękując imieniem Khedywa i rządu egipskiego wszystkim, którzy się przyczynili do tego, że tak piękne dzieło przyszło do skutku, a zamykając I. egipski Zjazd lekarski, zaznaczył, że będzie on zapisany złotemi głoskami w rocznikach Egiptu.

Na wieczornem zebraniu ogólnem tego samego dnia postanowiono, że następny międzynarodowy lekarski Zjazd egipski odbędzie się w Kairze r. 1907, z końcem grudnia, poczem przyjęto jednogłośnie następujące rezolucye:

1) Zjazd uznaje potrzebę zwołania Konferencyi, podobnej do tej, jaka odbyła się przed kilku laty w Wenecyi, a to w celu zreformowania przepisów sanitarnych i kwarantanowych.

2) Zjazd popiera następujące rezolucye: Dra Langloisa, delegowanego algierskiego, aby pielgrzymkę w Maroko uregulowano według zasad, przyjętych w Egipcie.

3) Dra Legranda, delegata francuskiego do Rady kwarantanowej, aby wschodnich brzegów Egiptu strzeżono energiczniej.

4) Dr. Gayeta, aby przedsiewzięto odpowiednie kroki, w celu ochrony przed jaglicą w Egipcie, i aby przyjęto środki zalecone przez Dra Eloni beja.

5) Prof. Chantemessea, aby w celu zapobieżenia szerzeniu się duru, urządzono we wszystkich szpitalach osobne pawilony dla chorych durowych. (Dok. nast.).

† Dr. Piotr Seifman.

D. 24 b. m. zakończył długie i pożyteczne życie Dr. Piotr Seifman.

Zmarły przyszedł na świat r. 1823 w Warszawie. Szkołę weterynaryi ukończył r. 1848 w Warszawie. Awansując z posady na posadę, w r. 1860 mianowany został pomocnikiem dyrektora warszawskiej Szkoły weterynaryjnej, a obok tych obowiązków wykładał od r. 1862 w stopniu adjunkta policyę weterynaryjną i epizoocyologię w warsz. Akademii medykochirurgicznej. W tymże 1862 r. mianowany został dyrektorem warsz. Szkoły weterynaryjnej. Z końcem r. 1862 objął katedrę weterynaryi w Instytucie rolniczo-leśnym w Puławach, a w 1865 znowu został przeniesiony do Warszawy, gdzie mu poruczono wykłady z epizoocyologii w Szkole głównej,a jednocześnie rozpoczął studya na Wydziale lekarskim. W r. 1869 otrzymał stopień lekarza, powtórnie został dyrektorem warsz. Szkoły weterynaryi, a w charakterze docenta Uniwersytetu warsz. wykładał o chorobach pomorkowych. W r. 1874 został dyrektorem Instytutu weterynaryjnego w Kazaniu. W r. 1879 złożył egzamin i obronił rozprawę na stopień doktora medycyny; w r. 1881 powołany został do Lwowa na dyrektora mającej się otworzyć Szkoły weterynaryi, której całem urządzeniem kierował. W r. 1897, po śmierci prof. Walentowicza, objął ś. p. Seifman wykłady weterynaryi w Uniw. Jagiellońskim, lecz wiek sędziwy i podupadające zdrowie skłoniły go już po roku do opuszczenia tego stanowiska.

Zostawił 44 rozpraw z zakresu swego ściślejszego zawodu. Był członkiem Towarz. lek. krakowskiego i jak długo starczyły siły, brał pilny udział w jego posiedzeniach. Wychował kilka pokoleń światłych weterynarzy; czczony, jako nieposzlakowany człowiek i zasłużony obywatel, zeszedł ze świata wśród powszechnej czci społeczeństwa, które wysoko ceniło zalety i długoletnie jego zasługi.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29. stycznia.

* *W sprawie wyboru jednego członka zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej otrzymaliśmy dwa pisma, które zamieszczamy w porządku chronologicznym:*

Imieniem szerszego grona upraszamy P. P. Kolegów. aby przy wyborze uzupełniającym do Izby lekarskiej w dniu 31. b. m. oddali swe głosy p. kol. Drowi Przemysławowi Pieniążkowi.

Dr. T. Browicz, Dr. M. L. Jakubowski, Dr. K. Kostanecki, Dr. Fr. Krzyształowicz, Dr. Fr. Mardzieński, Dr. J. Nowak, Dr. J. Raczyński, Dr. Wł. Reiss, Dr. A. Rosner, Dr. M. Rutkowski.

Szanowna Redakcyo!

Imieniem wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy upraszamy o łaskawe zamieszczenie w »Przeglądzie lekarskim« następującej notatki:

»Na ostatniem swem posiedzeniu uchwalił jednogłośnie wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy, jako Komitet przedwyborczy, popierać kandydaturę Dra Adama Langiego, okulisty, na członka Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej«.

Z poważaniem

Przewodniczący: *Dr. H. Jordan.* Sekretarz: *Dr. Weinsberg.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem wybrano na członków czynnych: Dr. M. Kozłowskiego, Dr. E. Ehrenpreisa, Dr. K. Flisa i Dr. Z. Steuermarka. W dalszym ciągu kol. Dr. Gliński demonstrował okaz anatomiczny, poczem kol. Dr. Lewkowicz miał odczyt: 1) O znaczeniu cytologicznego badania płynów zapalnych i 2) Przypadek umiejscowienia gruzełka odosobnionego w wzgórku wzrokowym, w sąsiedztwie szypułki mózgowej lewej.

* »Russkij Wracz« donosi, że z powodu przeniesienia się Dr. Biernackiego z Warszawy do Lwowa, zamierzone wydawnictwo »Postępu lekarskiego« zostało zaniechane.

* Wiadomości osobiste. Dr. Mieczysław Biliński, asystent sanitarny, został przeniesiony z Jarosławia do Nadwornej.

* D. 15 lutego odbędzie się w Wiedniu XIII wiec Związku austryackich lekarzy (*Oesterreichischer Aerztevereinstag*). Najważniejszą sprawą obrad tego wiecu będzie uchwalenie takiej zmiany statutu, która nada prawo każdemu lekarzowi austryackiemu stania się członkiem instytucyi wsparć dla wdów i sierót po lekarzach, a której dotychczasowa działalność nie rozciągała się na całe państwo. Zarząd wiecu wzywa, ażeby Towarzystwa lekarskie, życzące przystąpić do ogólnego Związku lekarzy austr., wybierali delegatów na wiec już podług zmienionego § 4-go statutu, mianowicie, ażeby na 25 członków stowarzyszenia przypadał jeden delegat; jeżeli zaś liczba przenosi 25, to ma się liczyć za 50 członków, co uprawnia do wyboru dwóch delegatów. Jeżeli Towarz. lekarskie składa się z sekcyj, to każda z nich wysyła delegatów podług wyżej oznaczonej liczby, a ogólne zgromadzenie wszystkich sekcyj może wysłać jeszcze jednego delegata, przedstawiającego ogół Towarzystwa.

* Komitet organizujący społeczno-lekarski wiec, który ma się odbyć w Wiedniu w m. kwietniu, uchwalił: każdy związek (względnie każda sekcya związku), jeśli jest reprezentowany przynajmniej przez jednego delegata, posiada prawo trzech głosów. Uchwały zapadają prostą większością głosów. Każdy delegat może mówić w swoim rodowitym języku.

Porządek wiecu będzie następujący: w sobotę (11—IV) po południu przyjęcie delegowanych; wieczorem ogólne zgromadzenie z jedynym punktem porządku dziennego: organizacya państwowa i ogólna debata. Nazajutrz posiedzenie z porządkiem dziennym: organizacya państwowa i specyalna debata, oraz sprawa kas chorych. Trzeciego dnia: sprawa ambulatoryów, lekarzy pomocniczych i dentystów.

* Czytelnicy przypominają sobie zaniepokojenie wśród ogółu lekarzy austryackich, które wywołał okólnik ministra sprawiedliwości, naka-

zujący sędziemu ściąganie protokołu śledczego z chorych, pomimo orzeczenia lekarza, że badanie to zagraża życiu badanego. Pan minister usiłuje w drugim okólniku wyjaśnić i usprawiedliwić to swoje zarządzenie. Z długiego, pełnego kontradykcyj i chwiejności dokumentu, wyciągamy myśl zasadniczą p. ministra: lekarz musi być wzywany przez sędziego do orzeczenia, czy mający zeznawać chory jest poczytalny i czy jest zdolny do świadczenia; natomiast, sędzia nie potrzebuje krępować się orzeczeniem lekarza, że badanie może zagrażać życiu badanego, gdyż stać się może, że chory umrze, a tem samem ubędzie ważny, albo nawet jedyny świadek. Dobro więc sprawy, będącej w dochodzeniu, może wymagać, że sędzia ściągnie protokół z chorego, pomimo orzeczenia lekarza. Pan minister stawi zatem na pierwszem miejscu dobro sprawy, będącej w dochodzeniu, a na drugiem życie człowieka. Jest to stanowisko, pomijając motywa wszechludzkiej etyki, zupełnie sprzeczne z powołaniem, sumieniem i przysięgą lekarza, oraz z jego kompetencyą zawodowego znawcy.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień I (1—10—I). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 69, zmarło osób 51, mianowicie: z gruźlicy 12 (3 zam.), z zapalenia płuc 8 (2 zam.), z płonicy 4 (1 zam.), z cholery niemowląt 2.

* Między 14 a 20 stycznia doniesiono władzy o nowych dwóch przypadkach ospy w powiecie cieszanowskim.

W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), horodeńskim (gm.), kałuskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajny prof. anatomii patologicznej w Uniwersytecie warszawskim, Dr. Ed. Przewoski, mianowany został profesorem zwyczajnym. Dr. Ordonez i Dr. Munoz zostali profesorami w Sewilli, pierwszy — ogólnej patologii, drugi — ginekologii. Dr. Gerulanos — mian. prof. chirurgii w Atenach. Dr. Bertelli mian. zwycz. prof. anatomii w Padwie. Dr, Laehr mianow. prof. neurologii w Berlinie. Dr. Krause mian. prof. anatomii w Berlinie. Dr. Fiodorow mian. prof. chirurgii w Petersburgu. Dr. Wołkowicz — prof. chirurgii w Kijowie.

Nekrologia. Dr. Rainer Woliński l. 77 zmarł w Białej Siedleckiej. Dr. Colasanti, prof. farmakologii, — w Rzymie. Dr. Lawdowski, prof. embryologii — w Petersburgu. Dr. Albu, b. profesor — zmarł w Berlinie — Dr. Teodor Stahlberger, prymaryusz szpitala w Stryju zmarł 27. b. m.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Legeżyński: Oczyszczanie wód kanałowych (dok.). Szpilman: Dr. Behringa jennerynacya jako środek zwalczania gruźlicy bydła.

— *Medycyna* Nr. 3. Barącz: W sprawie leczenia wąglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra *(Collargolum)* i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych (dok.). Halle i Motz: O gruźlicy cewki przedniej. Uwagi kliniczne (c. d.). Jakimiak: Włókniako-mięśniak macicy powikłany ciążą.

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Szleifstein: Parafina jako środek leczniczo-kosmetyczny. Pawiński: Apocynum — cannabinum — jako środek nasercowy i moczopędny (dok.)

— *Kronika lekarska* Z. 1. Pański. Przypadek obwodowego porażenia nerwu podjęzykowego prawego. Dudrewicz: Powikłania spraw ropnych ucha środkowego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 3. Plavec: Therapie prudké otravy fosforem (c. d). Hála: Bacillus chalazia a jeho poměr k bakteriim koryneovitým (c. d.) Pexa: Připad cirrhosy jaterni v dětském věku. Slavík: Těžké uškozeni na těle dle § 152 neb 155 lit. *a)* tr z.?

Liečnički Viestnik Nr. 1. Rihtarić: Nekoliko rieči o pučkom lječilištu za tuberkulozne na Sljemenu. Malec: Tri gynaekolozka instrumenta novijeg datuma i njihova uporaba.

— *La Presse médicale* Nr. 5. Faure: Zasady chirurgii. Comar: Samospostrzeganie u osób histerycznych *(L'auto-representation chez les hystériques)*. Martinet: Żywienie nadmierne suchotników.

— Nr. 6. Albarran i Cottet: Rola bakteryi anaerobów w zakażeniu moczowem. Remlinger: Ostry stan zakaźny wątroby, pozorujący ropień wątrobowy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 3. O wyskoku, jako leku podług wyniku badań w ostatnich dziesiątkach lat Camp: Zdarzające się rodzinne wrodzone wady serca, oraz przyczynek do rozpoznawania trwania tętniczego przewodu Botalla. Laqueur: Związki srebrowe moczu. Lipmann-Wulf: Przetoka cewki moczowej a rak. Kyes i Sachs: Przyczynek do wiedzy o czynnej substancyi jadu okularnika (c. d.). Krause: Stan lecznictwa i jego zastosowanie w Chinach (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Sihle: Przyczynek do patologii i terapii dychawicy. Strubell: Zbior objawów Meniera, połączony z bezwęchem i bezsmakiem. Hamburger: O wzmaganiu się swoistej jadowitości *in vitro*. Kienböck: O zmianach w kościach przy rzeżączkowem zapaleniu stawów i o ostrym zaniku kości wogóle.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 3. Peters: Uwagi w sprawie jaglicy. Merkel: Użycie kw. borowego w medycynie wewnętrznej. Kehr: Przypadek rozległej resekcyi przewodu żółciowego i wątrobowego z powodu raka z następowem wycięciem pęcherzyka żółciowego i hepatiko-duodenostomią. Neumann: O myogenie nowym przetworze białkowatym. Groth: Przyczynek do nauki o pryszczach, występujących podczas zaszczepienia w blizkości ranki szczepiennej, oraz o osutkach poszczególnych. Kerschensteiner: Sprawozdanie z ambulatoryum klinicznego Instytu dla medycyny wewnętrznej w Monachium. Manz: O operacyi zaćmy u starców (dok.). Rumpel: Doświadczenia ku praktycznemu zużytkowaniu kryoskopii krwi i moczu w chorobach nerkowych (dok.). Spaet: Przyczynek do historyi fizyologii trawienia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 4. M. Neisser i Shiga: O wolnych receptorach prątków duru i czerwonki i o jadzie czerwonki. Schütze: Rozróżnianie ludzkich kości od zwierzęcych za pomocą różniczkowej metody Wassermanna. Engelmann: Uwagi nad tak zw. fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. Füth: Cukrzyca a ginekologiczne operacye. Feinberg: O utkaniu i przyczynach guzów rakowatych.

Redakcya otrzymała. Adamkiewicz: Wiederherstellung des Sehvermögens eines durch Krebs fast erblindeten Auges mit Hilfe meiner Cancroin-Methode. Landau I.: Szkoła a choroby zakaźne. Reuss: Die Anwendung der Elektricität bei Augenentzündungen. Ryłko: Przypadek sympodii.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 4. lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Majewski wygłosi odczyt: „O utajonych zaburzeniach równowagi mięśni ocznych i o sposobach ich wykrycia“. (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**